Z Instytutu Dentystycznego Uniwersytetu Jana Kazimierza we Lwowie.
Dyrektor Prof. Dr. A. Cieszyński.

DR. HENRYK GORCZYŃSKI LWÓW.
adjunkt Instytutu Dentystycznego U. J. K.

SPRAWY ROPNE JAMY USTNEJ W OŚWIETLENIU BAKTERJOLOGICZNEM [1]

(NA PODSTAWIE PRZYPADKÓW KLINICZNYCH). 19,2

Recherches bactériologiques concernant les procès purulents dans la bouche.

W żadnej części ustroju nie spotykamy się z wysiękiem ropnym tak często, jak w jamie ustnej. Sprzyja temu okoliczność, że znaczny odsetek ludzi nawet w krajach o wysokiej kulturze posiada zęby dotknięte próchnicą.

O ile znajdujemy w jamie ustnej przetoki, wówczas wysięk ropny jest zjawiskiem stałem. Sprawy ropne jamy ustnej są niewyczerpanym tematem badań bakterjologicznych. Dużo pod tym względem dokonali badacze amerykańscy, którzy też na podstawie badań bakterjologicznych postawili teorję o zakażeniu ustnem. Jednak mimo tych badań wiele jest jeszcze spraw niedostatecznie wyjaśnionych i zrozumiałych.

W pracy swojej przedstawiam wyniki badań bakterjologicznych nad sprawami ropnymi jamy ustnej.

Hochenegg twierdzi, że spróchniałe zęby są najlepszą wylęgarnią dla najrozmaitszych drobnoustrojów. Można powiedzieć, że wogóle jama ustna jest najlepszem środowiskiem dla bardzo licznych drobnoustrojów.

Oprócz flory normalnej, nie patologicznej, którą spotykamy w każdej jamie ustnej, nawet z uzębieniem zupełnie zdrowem, znajdujemy również i drobnoustroje chorobotwórcze. Drobnoustroje te w odpowiednich dla siebie warunkach zyskują na swej żywotności zwłaszcza wtedy, gdy odporność danego osobnika uległa zmniejszeniu i z tą chwilą rozpoczyna się proces chorobowy. To zmniejszenie odporności można wytłumaczyć według Hugenschmidta zmniejszoną ilością aleksyn w całym organizmie, zaś według Cruet'a wpływem ogólnego schorzenia na błonę śluzową jamy ustnej w ten sposób, że jadowitość drobnoustrojów, które zaliczamy do grupy chorobotwórczej ogromnie się wzmaga.

[1]) Wykład wygłoszony w Sekcji stomatologicznej XII. Zjazdu przyrodników i lekarzy polsk. w Warszawie w lipcu 1925 r.

Przypadki, w których wykonywałem badania bakterjologiczne wysięków ropnych i innych produktów bakterjologicznych podzieliłem na podstawie objawów klinicznych na 3 grupy:

Grupa pierwsza: Do pierwszej grupy zaliczyłem przypadki ostre o przebiegu stosunkowo złośliwym. Były to przypadki w których oprócz zmian miejscowych, n. p. nacieku ropnego i obrzęku, mieliśmy sprawę ogólną, której towarzyszyła podwyższona ciepłota ciała.

Grupa druga: Do drugiej grupy zaliczam przypadki ropnego zapalenia ozębnej o przebiegu przewlekłym, ale w stanie zaostrzonym. Będą to znane nam dobrze przypadki „periodontitis". Miejscowo nie widać żadnych zmian w otoczeniu zęba. Pacjent uskarza się tylko, że ząb się wydłużył i że boli go przy ucisku.

Grupa trzecia: Do niej zaliczam pojedyncze przypadki ropocieku i zapalenia dziąseł.

Wszystkich przypadków miałem 50. Z tego z grupy pierwszej miałem 50%, z grupy drugiej 35%, z grupy trzeciej 15%. Zanim jednak przystąpię do przedstawienia wyniku badań, pozwolę sobie podać najogólniej metody badania bakterjologicznego, któremi posługiwałem się w mej pracy.

Badania bakterjologiczne przeprowadziłem w następującym porządku: Z ropy otrzymanej wprost z jamy ustnej, ewent. z ziarniniaka zębowego sporządzałem wyjałowionem oczkiem platynowem preparaty mikroskopowe, które następnie po wyschnięciu i utrwaleniu barwiłem metodą Gramma, drugi preparat zwykłą metodą — błękitem metylenowym. Preparaty zabarwione oglądałem pod mikroskopem i spostrzegany obraz mikroskopowy z danego przypadku notowałem w protokole badań, poczem oczkiem platynowem ponownie wyjałowionem szczepiłem badany materjał na pożywki stałe, z których najczęściej używałem agaru z dodatkiem płynu opuchlinowego z jamy brzusznej. Pożywki zaszczepione stawiałem do termostatu na 24 godzin poczem oglądałem wynik badania. Zazwyczaj w obrazie mikroskopowym stwierdzałem oprócz z obficie występujących elementów morfotycznych jak n. p.: przybłonków, ciałek wypocinowych, śluzu i t. d. niezmierną ilość drobnoustrojów, zachowujących się względem metody Gramma różnie przeważnie jednak były to drobnoustroje gramo-dodatnie, chociaż spotykałem i gramo-ujemne. Co do budowy były to koki, laseczki o rozmaitych kształtach oraz krętki. W przeciwieństwie do obrazu mikroskopowego obfitującego w tak wielką obfitość form i gatunków, hodowle uzyskiwane z przypadków badanych były bardziej jednostajne i co do ilości uzyskiwanych gatunków bakterji sprowadzały się do kilku stale występujących w hodowlach drobnoustrojów.

Uzyskane z hodowli kolonje bakteryj sprawdzałem pod mikroskopem, sporządzając preparat i barwiąc go zazwyczaj metodą Gramma. Po sprawdzeniu, kolonję taką przeszczepiałem na pożywki płynne a więc na buljony czy to buljon zwyczajny lub z dodatkiem płynu z ascites, czy buljon cukrowy i obserwowałem zachowanie się uzyskanego szczepu na tych pożywkach, czasami też sprawdzałem zachowanie się na żelatynie. W ten sposób uzyskiwałem dane potrzebne do zaliczenia wyhodowanego szczepu bakterji do tego lub innego gatunku.

Uzyskane w niektórych przypadkach hodowle bakteryj chorobotwórczych szczepiłem zwierzętom doświadczalnym a jako takie używałem myszki białe, którym wstrzykiwałem od 0,1 do 0,5 *cm* hodowli drobnoustrojów wśródotrzewnowo. Doświadczeń na zwierzętach zrobiłem blisko połowę (20 myszek).

Jak już wspomniałem, przypadki swoje podzieliłem na 3 grupy.

GRUPA I-sza: Niżej podaję kilka przypadków tej grupy. Muszę dodać, że pod względem objawów klinicznych wszystkie przypadki należące do grupy I. były do siebie bardzo podobne.

Przypadek I-szy. Pacjentka M. zgłosiła się na klinikę ze znacznym obrzękiem twarzy po stronie lewej u dołu. Nieznaczny szczękościsk. Ciepłota ciała w czasie badania (godz. 10 rano) 39,7°. Zdjęcie roentgenowskie wykazało, że przyczyną choroby są zęby |4 |5 i jeden i drugi mocno zniszczone. Rozpoznanie: Parulis. Usunięto oba zęby a ropę, która w znacznej ilości wylewała się do jamy ustnej zdjęto do wyjałowionej próbówki celem przeprowadzenia bakterjologicznego badania.

Badanie bakterjologiczne wykazało: Mikroskopowo: preparat barwiony metodą Gramma i błękitem metylenowym; obok znajdujących się rozpadłych elementów morfotycznych bardzo liczne leukocyty częściowo rozpadłe, częściowo dobrze zachowane, trochę gramododatnich dwoinek (koków) i laseczek.

W hodowli: Z agaru ascites: Otrzymano wzrost dość drobnych kolonij trochę przejrzystych; po sprawdzeniu mikroskopem stwierdzono obecność gramododatnich dwoinek (koków) układających się w łańcuszki, oraz w laseczki przypominające z wyglądu prątki pseudodyfterji.

Z buljonu zwykłego: Szczepiono na buljon ascites a otrzymano wzrost, dający równomierne zmętnienie pożywki, a w drugiej próbówce osad i ciągnienie się po ścianach próbówki. Po sprawdzeniu w pierwszej próbówce otrzymano hodowle prątków pseudodyfterji; w drugiej hodowle dwoinek, podobnych do dwoinek zapalenia płuc pneumokoków.

*

Szczepienie na zwierzętach doświadczalnych.

Szczepiono buljonową hodowlę podobnych do dwoinek zapalenia płuc (pneumokoka) myszce białej wśródotrzewnowo 0,2 *cm*³. Myszka na ogół mało zmieniona, w usposobieniu nieco senna, mniej ruchliwa. Po 3 dniach nie zauważono żadnych zmian ani w usposobieniu ani w miejscu injekcji. Hodowlę buljonową prątków pseudodyfterji zaszczepiono śwince morskiej podskórnie w ilości 1 *cm*³ celem wykluczenia prątków dyfterji. Po 3 dniach żadnych zmian nie spostrzeżono. Ten sam przypadek ponownie badałem po 10-ciu dniach z tego względu, że ropienie u pacjentki utrzymywało się długo i było bardzo obfite.

Pod mikroskopem obraz prawie identyczny z obrazem 1-szym.

W hodowli: Z agaru ascites wyhodowano gronkowca białego prawie w czystej hodowli.

Przypadek II-gi. Pacjentka W. Znaczny obrzęk po stronie prawej u dołu w okolicy kąta żuchwy. Zupełny szczękościsk. Ciepłota ciała w czasie badania 38,9°. Pacjentka cierpi od 2 tygodni. Przy pomocy rozwieracza otworzono usta i stwierdzono, że cała sprawa pochodzi od zgorzelinowego zęba $\overline{8}|$. Przy rozwieraniu ust w okolicy tegoż zęba wylewa się mocno cuchnąca ropa. Ząb usunięto a ropę wzięto do zbadania.

Badanie bakterjologiczne wykazało: Mikroskopowo: Preparaty barwione metodą Gramma i błękitem metylenowym wykazują rozpadłe masy elementów komórkowych i liczne leukocyty i erytrocyty. Mnóstwo bakteryj gromododatnich, koki w łańcuszkach i dwoinkach. Gramododatnie laseczki dłuższe, krótsze, grubsze i cieńsze.

W hodowli: Z agaru ascites wyhodowano dość liczne kolonje i mniejsze bardzo drobne i średnie nieco większe, które po sprawdzeniu okazały się kolonjami dwoinek podobnych do dwoinek zapalenia płuc (pneumokoka).

Z buljonu zwykłego otrzymano lekkie zmącenie się pożywki i osad ciągnący się po ścianach próbówki a w preparacie gramododatnie dwoinki lancetowate, ułożone w krótkie łańcuszki. Wyosobniono dwoinki podobne do pneumokoka.

Przypadek III-ci. Pacjentce M. Z. jeden z lwowskich techników usuwał ząb $\overline{6}|$. Ponieważ korzeń pozostał, pacjentka po kilkudniowych cierpieniach zgłosiła się na klinikę. Stwierdziłem znaczny obrzęk po stronie prawej, zupełny szczękościsk, ciepłota ciała w chwili badania 39,5°. Usunięto pozostawiony korzeń oraz zęby $\overline{8}|$ i $\overline{7}|$. Ropę wzięto do badania bakterjologicznego.

Badanie bakterjologiczne wykazało: Mikroskopowo: Stwierdzono liczne rozpadłe leukocyty oraz mnóstwo różnych bakteryj gramododatnich dwoinek, koków i gramododatnich laseczek, etc.

W hodowli: Z agaru ascites otrzymano kolonje drobne opalizujące gramododatnich dwoinek koków.

Z buljonu zwykłego otrzymano obfity wzrost paciorkowca.

Szczepienie na zwierzętach doświadczalnych.

Zaszczepiłem świeżą hodowlę buljonową wśródotrzewnową myszce 0,5 *cm*³. Zachowanie się myszki nie wykazało żadnych objawów chorobowych. Po 6 dniach myszkę zabito i sporządzono preparat ze krwi a krew i śledziona szczepiono jałowo na buljony. W buljonie wyhodowano ze śledziony dość liczne gramododatnie koki, układające się w ładne niewielkie łańcuszki; ze krwi drobnoustrojów nie wyhodowano. Po 12 dniach nieobecności pacjentka zgłosiła się ponownie i stwierdziłem, że stan pacjentki się nie poprawił. Ciepłota ciała stale podwyższona waha się od $38{,}2^0$—$39{,}8^0$. Dokonano zdjęcia roentgenowskie i stwierdzono osteomyelitis w okolicy kąta żuchwy po stronie prawej. Wykonano odpowiedni zabieg a ropę ponownie wziąłem do badania.

Badanie bakterjologiczne wykazało: Mikroskopowo: Obraz identyczny z wyżej podanym.

W hodowli: Z agaru ascites: Obraz identyczny z wyżej podanym.

Z buljonu zwykłego obfity wzrost paciorkowca.

Z buljonu cukrowego otrzymano zmącenie pożywki i osad. Pod mikroskopem stwierdzono liczne łańcuszki gramododatnich koków.

Z agaru z krwią otrzymano liczne drobne zieleniejące kolonje. Wyodrębniono paciorkowca zieleniejącego (streptococcus viridans).

Szczepienie na zwierzętach doświadczalnych.

Wstrzyknięto myszce 0,5 *cm*³ hodowli paciorkowca zieleniejącego. Po ośmiu dniach myszkę zabito, krew pobrano ze serca oraz śledzionę szczepiono na buljon cukrowy i z buljonu szczepionego śledzioną wyhodowano liczne gramododatnie łańcuszki paciorkowca zieleniejącego. W przypadkach powyższych przedstawiłem w krótkości wyniki moich badań; inne przypadki kliniczne, które zaliczyłem do tej grupy, a o których w tej chwili nie będę mówił, pod względem uzyskanych wyników badania bakterjologicznego mogę poszeregować w następujący sposób:

Najwięcej było drobnoustrojów pneumokoków (10), względnie do nich bardzo podobnych dwoinek zapalenia płuc,

dalej — paciorkowców (8),

następnie gronkowców białych (7).

Grupa II. Jako przykład tej grupy podaję następujący przypadek: Zgłasza się do kliniki pacjentka K. z jamą ustną w możliwym porządku. Zębów chorych niewiele a i te są należycie zaopatrzone i wypełnione. Ząb |7 przed kilku laty leczony, wypełniony od kilku dni boli bardzo. Stwierdzam znaczną bolesność na lekki ucisk. Ząb usunąłem. Na szczycie korzenia dośrodkowego znajduje się dość duży woreczek ropny. Zawartość woreczka poddano badaniu bakterjologicznemu.

Badanie bakterjologiczne wykazało: Mikroskopowo: Preparat barwiony gramem i błękitem metylenowym wykazuje pojedyncze leukocyty i liczne erytrocyty. Bakteryj mimo skrupulatnych poszukiwań nie znaleziono.

W hodowli: Z agaru ascites:. Wykazało obfity wzrost drobnych kolonji paciorkowca i gronkowca białego.

Z buljonu zwykłego wzrost, zmętnienie i osad trochę większy; w preparatach mikroskopowych liczne łańcuszki paciorkowca.

Z buljonu cukrowego: Wzrost analogiczny jak na buljonie zwykłym.

Z agaru z krwią: Oprócz licznych kolonji gronkowca białego dość liczne kolonje paciorkowca zieleniejącego.

W tej grupie najczęstszym z drobnoustrojów był paciorkowiec zieleniejący (7), dalej drobnoustroje podobne do dwoinek zapalenia płuc (pneumokok) (5), gronkowców białych (3).

III. Grupa. W tych przypadkach znalazłem następujące drobnoustroje: gronkowca, dwoinkę zapalenia płuc, leptothrix, buccalis i spirochaete dentium.

POGLĄD NA WYNIKI BADANIA.

Jeśli zestawi się teraz wszystkie moje przypadki to zobaczymy, że najwięcej wyhodowywałem z ropy dwoinki, podobne do znanych dwoinek zapalenia płuc (pneumokoków) nawet w przypadkach, gdy ropa była aspirowana przy pomocy strzykawki; natomiast nie znalazłem ani razu tak typowego drobnoustroju ropotwórczego za jaki należy uważać gronkowca złocistego. Wynika stąd, że w przypadkach badanych przezemnie otrzymywałem hodowle bakteryj chorobotwórczych, należących do koków chorobotwórczych, z których najczęstszym była dwoinka podobna do pneumokoka — Frenkel-Weichselbauma; następnie paciorkowiec i to zieleniejący, czasami śluzowy. Pozatem dość często w hodowlach występował gronkowiec biały. Ponieważ wiadomą jest rola gronkowców złocistych jako koków ropotwórczych, wywołujących typowe procesy ropne więc we wszystkich przypadkach, w których miałem do czynienia z ropą jako materjałem badanym, zastanawiała mnie zupełna nieobecność tych bakterji ropnych. Jeżeli bowiem zwrócę uwagę na rolę gronkowca białego, który występował w moich przypadkach zresztą dość rzadko, to jednak

zupełna nieobecność najbardziej jadowitego i złośliwego gronkowca złocistego jest o tyle ciekawą, że niektóre przypadki miały przebieg kliniczny bardzo groźny. Wobec tego zwróciłem uwagę na bardzo często spotykanego przezemnie pneumokoka ew. dwoinki podobnej do dwoinki zapalenia płuc. Wiemy, że dwoinka zapalenia płuc jest czynnikiem etjologicznym przy typowem zapaleniu płuc (pneumonia-crouposa), jednak i w innych sprawach zwłaszcza w procesach ropnych może ona odgrywać pewną rolę, wywołując lub pogarszając znacznie przebieg tych spraw. Że mieliśmy do czynienia z dwoinką zapalenia płuc (pneumokokiem) nie ulegało to wątpliwości ze względu na to, że tożsamość drobnoustroju stwierdzałem zachowaniem się jego w preparatach mikroskopowych jakoteż na pożywkach. Dopiero jednak doświadczenia na myszkach białych były o tyle zastanawiające, że o ile myszka biała zaraz po injekcji szczepu była jakby oszołomiona i zdradzała stan ciężki, to po upływie 24—48 godzin stan jej się poprawił o tyle, że zdawała się być zupełnie zdrową i dopiero zachloroformowanie jej i następna sekcja wykazywały pewne objawy anatomiczne, wywołane przez zastrzykniętą zawiesinę bakteryjną. W jednym z przypadków myszka zginęła na trzeci dzień po injekcji na sepsis pneumokokową. W wypadku wyżej wspomnianej sepsis pneumokokowej myszce wstrzyknięto 0,2 cm^3 hodowli buljonowej pneumokoka. W 40 godzin po injekcji myszka zginęła. Sekcja wykazała obecność wysięku w jamach surowiczych oraz przekrwienie organów jamy brzusznej. Śledziona wybitnie powiększone.

Zaszczepiono krew ze serca oraz śledzionę na buljon. Po 24 godzinach oba buljony zmętniały. Lekki osad na dnie, tworzenie się banieczek gazu, w preparatach mikroskopowych liczne gramododatnie koki, dość grube o wyglądzie lancetowatym ułożone w krótkie łańcuszki i dwoinki.

U innych myszek, które uśmiercałem chloroformem badałem krew w ten sposób, że po przecięciu klatki piersiowej pipetą Pasteurowską punktowałem jamę serca i krew wciągniętą wdmuchiwałem do buljonu cukrowego, wzgl. do buljonu zwykłego płyn z ascites, poczem w podobny sposób pobierałem kroplę krwi ze serca robiłem na szkiełku podstawowem rozciągnięty preparat krwi. Następnie w jamie brzusznej znajdowałem śledzionę, która prawie we wszystkich przypadkach była mocno powiększona. Jałową pincetą i nożyczkami odcinałem ją i podobnie szczepiłem, na buljonie cukrowym wzgl. zwykłym z płynem ascites. Założone w ten sposób hodowle stawiałem do termostatu na 24 do 48 godzin i po tym czasie oglądałem wyniki. W pojedynczych wypadkach buljony te były jałowe, natomiast w innych zazwyczaj obserwowałem lekkie zmętnienie oraz osad na dnie i po ścianach probówki. W tych razach z poszczególnych probówek sporządzałem preparaty i barwiłem je metodą Gramma

oraz oglądałem pod mikroskopem. Rzadko kiedy widziałem w preparatach hodowlę mieszaną, przeważnie były to czyste hodowle szczepu wstrzykniętych poprzednio myszce do jamy brzusznej a więc dwoinki zapalenia płuc wzgl. paciorkowce lub inne.

Aby upewnić się jednak, co do czystości szczepu otrzymanego przeszczepiałem z buljonów na płytki Petriego z agarem ascites i w ten sposób miałem kontrolę, czy szczep był czysty czy też nie. O ile był czysty, wówczas otrzymałem na płytce kolonje średniej wielkości, przejrzyste, nieco opalizujące, które po sprawdzeniu w preparacie mikroskopowym okazały się identycznemi z bakterjami z hodowli buljonowych.

Otrzymaną sprawdzoną hodowlę przeszczepiałem jeszcze raz na buljony i z nią eksperymentowałem dalej, szczepiąc w pojedynczych wypadkach ponownie myszkom białym.

Otóż w wypadkach, kiedy robiłem doświadczenia z wiadomym mi wyhodowanym szczepem podobnych do dwoinek zapalenia płuc, zastanawiającem było to, że pomimo konstatowanych pośmiertnie i hodowanych następnie z organów i krwi zabitego zwierzęcia tych bakterji nie spowodowywały one zejścia śmiertelnego w większości przypadków u myszki tak przecież wrażliwej właśnie na pneumokoka. W uzupełnieniu danych powyższych, dotyczących doświadczeń na myszkach białych, muszę podkreślić tę okoliczność, że prawie we wszystkich przypadkach, w których dokonywałem szczepienia w hodowli buljonowej paciorkowca zieleniejącego lub dwoinek podobnych do pneumokoka, w których myszki nie ginęły wskutek tej injekcji, stwierdzałem po uśmierceniu myszek i zaszczepieniu śledziony na pożywkach zawsze obecność w śledzionie tych drobnoustrojów, które zostały wstrzyknięte zwierzęciu. Ciekawe to zjawisko potwierdza tylko skonstatowany już przedtem fakt, że bakterje dostawszy się do organów mogą w nich przez dłuższy czas przebywać niczem nie zdradzając swej obecności i dopiero pod wpływem jakiegokolwiek czynnika wydobywają się z ukrycia i mogą spowodować ciężkie schorzenie całego ustroju.

Co do natury tych czynników to nic określonego powiedzieć nie mogę. W każdym zaś razie faktem jest, że niejednokrotnie drobnoustroje reagują na kilkakrotne przeszczepianie znacznym spadkiem żywotności i jadowitości.

Następnie należy przyjąć, że w jamie ustnej spotykamy przecież mnóstwo drobnoustrojów i wobec tego nie od rzeczy będzie zastanowić się czy nie mamy tu do czynienia z infekcją mieszaną. W zakażeniach mieszanych pewne drobnoustroje chorobotwórcze zwiększają swą jadowitość a współżycie ich z bakterjami powodującemi procesy gnicia jest jednym z warunków niszczącego działania na tkanki ustroju. Teoretycznie rzecz biorąc możliwem jest, że współżycie niektórych drobnoustrojów

może powodować wzmożenie jadowitości innych ewent. może mieć wpływ na zwiększenie się wydzielania ciał trujących. Że coś podobnego musi zachodzić w ustroju, niech o tem świadczą chociażby takie przykłady jak to, że gruźlica pozostająca w stanie utajonym przez długie lata może pod wpływem lekkiego nieżytu wybuchnąć z całą siłą, zagrażając życiu człowieka.

Na zakończenie niech mi wolno będzie podziękować J. Wielmożnemu Panu Profesorowi Steusingowi, dyrektorowi Zakładu Higjeny U. J. K. we Lwowie, za zezwolenie korzystania z urządzeń Zakładu za wskazówki i skorygowania mej pracy, oraz memu bratu Drowi Ludwikowi Gorczyńskiemu, starszemu asystentowi Zakładu Higjeny, za pomoc w pracy przy wykonywaniu częstokroć bardzo żmudnych badań i poszukiwań.

Adj. Dr. H. Gorczyński, **Lwów: Bakteriologische Untersuchungen von Eiter produzierender Herde in der Mundhöhle.**

Auf Grund klinischer Beobachtungen teilt der Verfasser 50 untersuchte Eiterfälle in 3 Gruppen.

Zur I. Gruppe gehören akute Fälle vom verhältnismässig bösartigen Verlauf mit deutlich ausgeprägten Lokalerscheinungen z. B. Oedoeme, Phlegmonen, wobei die Patienten erhöhte Temperatur (38⁰—39,7⁰) aufwiesen.

Zur II. Gruppe gehören Fälle vom chronischen Verlauf, z. B. Periodontitis chronica, wobei man an der Wurzelspitze ein Granulom vorfand.

In die III. Gruppe wurden einige Fälle von der sog. Pyorrhoea alveolaris und Gingivitis eingereiht.

Die Untersuchungen wurden an weissen Mäussen gemacht, denen man entsprechende Dosen der gezüchteten Bakterienkulturen eingespritzt hat.

Bei der Untersuchung des Eiters von verschiedenen Prozessen erhielt man am häufigsten folgende Bakterien: Pneumococcus u. Staphylococcus albus, ferner Streptococcus viridans, dagegen erhielt man in keinem einzigen Falle den wichtigsten Eitererreger, den Staphylococcus aureus.

Auffalend ist es, dass klinische Fälle vom bösartihen Verlauf bakteriologisch weniger bösartige Bakterien aufgewiesen haben und umgekehrt.

Wiadomości Uniwersyteckie.

Warszawa. Habilitacja. Dr. med. Alfred Franciszek Meissner, kierownik oddziału chirurgicznego Państwowego Instytutu dentystycznego w Warszawie, były dyrektor P. I. D., habilitował się dnia 6. lutego b. r. jako docent chirurgji szczegółowej na Wydziale lekarskim Uniwersytetu Warszawskiego na podstawie pracy: „Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedorozwoju dolnej szczęki“ po wygłoszeniu wykładu habilitacyjnego na temat: „Sprawy zapalne jamy ustnej, spowodowane schorzeniami zębowemi“. Docent Dr. med. Alfred Meissner, urodzony w r. 1883 w Wielkim Sławku na Kujawach, odbył studja lekarsko-dentystyczne na uniwersytetach niemieckich: gryfijskim (Greifswald)

i wrocławskim, pod kierunkiem profesorów Schrödera i Partscha w latach 1905—1908. Po otrzymaniu dyplomu lek.-dent. w r. 1908 był asystentem Prof. Walkhoffa w Monachjum na oddziale dentystyki zachowawczej. Od r. 1909—1913 kontynuował studja lekarskie na Uniwersytetach w Lipsku i Monachjum. Po ukończeniu studjów lekarskich kształcił się w chirurgji w Monachjum u prof. Klaussnera, w wewnętrznej medycynie u prof. Koracha w Poznaniu oraz w anatomji patologicznej jako asystent prof. Winklera. Stopień Dr. medycyny uzyskał we Wrocławiu w roku 1914 na podstawie pracy doktorskiej: „Der Zahnwechsel in Dermoidzysten der Ovarien". Podczas wojny światowej był czynny w stopniu porucznika-lekarza w wojsku bawarskiem na oddziałach chirurgicznych szpitali wojskowych na froncie francuskim pod kierownictwem profesorów-chirurgów: A. Thiessa z Giesseny i Scanzoniego z Monachjum. Po wojnie światowej osiadł jako chirurg i lekarz naczelny szpitala w Środzie pod Poznaniem. W wojsku Polskiem podczas wojny bolszewickiej powołano go do Departamentu Sanitarnego M. S. Wojsk. na stanowisko referenta spraw dentystycznych. 1. kwietnia 1921 r. został zwolniony jako major-lekarz z Wojska Polskiego do rezerwy celem kontynuowania prac organizacyjnych w Państw. Instytucie dent. w Warszawie, przyczem został wyznaczony na kierownika Kliniki Chirurgicznej w Państw. Inst. Dent. Od r. 1922 do r. 1924 był Dyrektorem tegoż Instytutu. W latach 1922 i 1923 wykładał stomatologję dla studentów medycyny w Uniwersytecie Poznańskim. Od r. 1922 prowadzi wykłady stomatologji dla studentów medycyny Uniwersytetu Warszawskiego. Doc. Dr. Meissner ogłosił drukiem dotychczas następujące prace:

1. Nowy typ kleszczy umożliwiający jednolity sposób wyjmowania zębów kleszczami. (Kr. den. 1923, Nr. 8).
2. Umocowanie dostawki w bezzębnej jamie ustnej zapomocą zabiegu chirurgicznego (Pol. Dent. 1923. Nr. 5, str. 215).
3. Zadania nowoczesnej stomatologji. (Pol. Dent. 1924, Nr. 5, str. 178).
4. Zasady wyjmowania korzeni zębów dźwigniami przy specjalnem uwzględnieniu nowych form dźwigni. (Kr. dent. 1924 październik).
5. De l'emploi d'un procédé chirurgical pour fixer un appareil de prothèse dans une bouche complètement édenteé. (Rev. de Stom. 1924, str. 578).
6. Un nouveau type de davier. (Revue de Stom. 1924, str. 470).
7. Wspólnie z Prof. Nitschem: Plan reformy studjów dentystycznych. (Nakładem autorów). 1924.
8. Przyczynek do chirurgicznego leczenia niedorozwoju dolnej szczęki. (Pol. Dent. 1924, str. 139).
9. Przyczynek do uproszczenia wyjmowania zębów kleszczami. (Kr. Dent. 1925, Nr. 1, 2).

Madryt. Dr. Florestan Aguilar, jeden z najwybitniejszych hiszpańskich lekarzy-dentystów i redaktor pisma „La Odontologia", otrzymał nominację na Dyrektora hiszpańskiej szkoły dentystycznej w Madrycie. (C. f. Z. 1925/2).

Niemcy. Gietyngja. Katedrę dentystyki po Prof. Eulerze objął doc. pryw. Dr. Hans Herman Rebel (C. f. Z. 1925/2).

Z Instytutu Stomatologicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.
Dyrektor Prof. Dr. W. Łepkowski.

DR. PODWIŃSKI KRAKÓW.
st. asystent.

LECZENIE ZĘBÓW Z PRZETOKAMI[1]).

Thérapie des dents avec fistules. 51,28

W kwestji tej, zajmującej jedno z naczelnych miejsc w dentystyce, ścierają się namiętnie dwa poglądy, a to zwolenników leczenia chirurgicznego i konserwatywnego; zwolennicy jednej i drugiej metody mają wiele danych na poparcie swoich zapatrywań. Szkoła Partscha wyznaje bezwzględnie potrzebę resekcji szczytu korzenia wraz z ziarniną. Niestety dość częste nawroty zapalenia ozębnej po dokonanej resekcji korzenia osłabiają jej znaczenie. Ważnym też kontr-argumentem jest niechęć i bojaźń pacjentów przed nożem, tak, że wolą raczej stracić ząb, aniżeli poddać się operacji. Są jednak wypadki, gdzie bez resekcji obejść się nie można. Co się tyczy metod zachowawczych, to ich zwolennicy, jak naprzykład Prinz twierdzą, że dzięki samemu tylko precyzyjnemu wypełnieniu korzenia bez stosowania innych sposobów mają możność samoistnego wyleczenia ziarniniaków. Jednakowoż dane kliniczne i obserwacje nie pozwalają podzielać tak optymistycznego poglądu jego, ze względu na duży odsetek nieprostolinijnie przebiegających przewodów zębowych.

Co do metod zachowawczych, jak leczenie zapomocą wstrzykiwań presojodu w okolicę szczytową chorego zęba po stronie zewnętrznej wyrostka zębodołowego i podniebiennej, względnie językowej wedle Hermana Schrödera, to odnośne rzeczy są wypróbowane i cieszą się uznaniem, ale ostatniego słowa i tu jeszcze nie wypowiedziano. Niedawno zwolennicy leczenia promieniami Roentgena i emanacją radową, jak: Kneschaurek, Knoche, Pordes, zachwalali tę metodę jako jedyną. Jednak Weski nie może się zgodzić na przypisywanie promieniom Roentgena tak wielkiego wpływu na znikanie ziarniny, uważa uzyskany wynik za pozorny, wskazując na wznowy w niektórych wypadkach. Jak widzimy więc mają wszystkie metody leczenia przetok zębowych wiele danych za i przeciw, tak, że na tem polu jest jeszcze dużo do zrobienia.

I jak w kwestji wypełniania korzeni, mimo tylu już środków dobrych, mimo tak chwalonych sposobów, jak stosowanie antyforminy

[1]) Wykład wygłoszony w Sekcji stomatologicznej XII. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników polskich w Warszawie w lipcu b. r.

Łepkowskiego (wprowadzonej do handlu pod nazwą *Radycyny*), szukało się przecież i szuka coraz innych sposobów, tak i w kwestji leczenia przetok, której dziś za bezwzględnie rozwiązaną uważać nie można, silimy się o wyszukanie innych a jeszcze skuteczniejszych sposobów.

Lecząc konserwatywnie, zdajemy sobie sprawę z zarzutu, jaki nas spotkać może, że wypełniając korzeń nie jesteśmy w stanie wyjałowić doszczętnie wszystkich otworów szczytowych, względnie kanalików zębinowych i narażamy się na ewentualne zakażenie wtórne albo, co gorsza, pozostawiamy ognisko dla sepsis cryptogenetica z zęba pochodzącej.

Prof. Łepkowski, wychodząc z założenia, że w jamie ustnej poza bakterjami ropnemi i gnilnemi znajduje się dużo krętków, jako stałych mieszkańców jamy ustnej i ubytków zębowych, próbował zastosować *neosalwarsan* w przypadkach przewlekłego zapalenia ozębnej z przetoką dziąsłową.

Noesalwarsan, produkt kondensacji dioxydiamidoarsenobenzolu t. j. salwarsanu z kwaśną solą sodowo-formaldehydo-siarkową, ma dzięki ustawieniu grup aminowych do wodorotlenowych w położeniu „orto", a wodorotlenowych do arsenu w położeniu „para", te same zalety, co salwarsan, góruje jednak nad nim swą zdolnością tworzenia roztworów neutralnych, rozpuszczając się w wodzie.

Nie jest to środek po raz pierwszy stosowany w stomatologji, ponieważ z neosalwarsanem spotykamy się w leczeniu pyorrhea alveolaris, którą uważał za lokalną spirochetozę Beyer. Goadby znajdował w hodowlach na surowicy z mlekiem w przypadkach ropocieku zębodołowego stale oprócz pneumokoków krętka wrzecionowatego Vincenta, tak że jemu przypisuje wywoływanie tej sprawy. Neosalwarsan stosowano w latach 1915 i 1916 (Kolle i Beyer) w ropocieku zębodołowym w dwojaki sposób: ogólnie i lokalnie. Ogólnie wstrzykując go wśródżylnie z początku 0,1. Po dwóch, trzech dniach podwyższano do 0,3. Niekiedy, gdy to nie pomogło, wstrzykiwano jeszcze raz 0,3 neosalwarsanu i we wszystkich prawie przypadkach był rezultat pozytywny. Oprócz leczenia ogólnego stosowano neosalwarsan też lokalnie, z wazeliną lub gliceryną 1 : 10. Zapomocą pipety wkraplano roztwór glicerynowy neosalwarsanu do kieszonek dziąsłowych i pędzlowano nadto maścią wazelinową. Płukanie było zbyteczne. Leczenie to miejscowe stosowano między wstrzykiwaniami, których ilość była zależną od ciężkości przypadku. Co do wpływu neosalwarsanu na spirochety, zanotowano silne krwawienie dziąsła i ogólny ból w szczęce po injekcji, zwłaszcza pierwszej. W preparatach mikroskopowych z krwawiącego dziąsła były widoczne liczne spirochety z guziczkowatem zgrubieniem na końcu, wiele było podartych i zmniejszonych, jednem słowem formy obumierania. Następną sprawą leczoną neosalwarsanem jest angina *Plaut-Vincenti*, którą uważają Bernheim i Pospi-

schil za sprawę wywołaną jedną ze spirochet przy udziale bacillus fusiformis. Zdaniem Kantorowicza stosowanie salwarsanu jest dobre, jednak niema on należytej ilości obserwacji.

Rola neosalwarsanu w lues i w tyfusie powrotnym jest rzeczą znaną.

Możemy w jamie ustnej człowieka przyjąć trzy gatunki pasożytujących spirochet: *a)* formy dość szerokie, 15—20 μ długie o małej ilości płaskich skrętów; *b)* formy bardzo delikatne o licznych do dwudziestu-stronnych skrętach. Z powodu swej delikatności w preparatach, barwionych sposobem Giemsy prawie nie dające się wykryć, dopiero przy pomocy bajcy Loefflera; *c)* formy przejściowe między obiema, o bardzo charakterystycznym ruchu. Fale są tu dość strome, jednak bardzo nieregularne tak, że na dwie głębokie przychodzą mniejsze, co właśnie powoduje ów charakterystyczny ruch.

Ze względów praktycznych proponuje Beyer nazwać formę dużą: spirochaete buccalis, najmniejszą spirochaete dentium, formę między niemi leżącą — jako pośrednią.

Gerber przyjmuje 5 form: 1. Spirochaete undulata, 2. Sp. dentium o delikatnych i ciasnych skrętach, 3. Sp. denticola o bardzo delikatnych, równomiernych skrętach, 4. Sp. tenuis, 5. Sp. recta. O biologicznych własnościach spirochet jamy ustnej, o ich symbiozie z bacillus fusiformis, jeszcze dziś trudno dostarczyć konkretnych danych, gdyż ich wyhodowanie i eksperymentowanie z niemi na zwierzętach są bardzo trudne. W każdym razie wiemy, że etjotropowym środkiem jest tu neosalwarsan.

Ta też myśl kierowała prof. Łepkowskim przy stosowaniu neosalwarsanu. Niedaleki czas dzieli nas od wprowadzenia tej nowej metody po raz pierwszy w Instytucie Stomatologicznym U. J. w Krakowie; nie wielka ilość przypadków przemawia za nią, ale rodzaj tych przypadków stawia odrazu ten sposób leczenia nie w ostatnich szeregach i wysuwa ją coraz bardziej ku przodowi, zwłaszcza, że wszędzie była stosowaną w ostateczności, z chęcią uratowania zębów, które były bezwarunkowo skazane na zgubę.

Wskazaniem do stosowania neosalwarsanu były nam przetoki na dziąsłach lub podniebieniu już wytworzone tudzież ropnie po uprzedniem ich przecięciu. Aplikowanie bowiem neosalwarsanu w przypadkach bez przetoki było bardzo bolesne z powodu podrażnienia ozębnej, sprawa dotychczas przewlekła zaostrzała się nagle i to bardzo wybitnie. Sposób zastosowania podaję niżej w konkretnym przypadku, gdzie po raz pierwszy uciekliśmy się do neosalwarsanu:

Inż. P. lat 65, gruźlica obydwóch szczytów z krwotokami, aneurysma aortae. Przetoka koło zęba trzonowego drugiego w dolnej szczęce strony prawej. Znaczna bolesność przy opukiwaniu zęba i przy ucisku na ząb, z którego wydo-

bywa się treść gęsta, cuchnąca. Pacjent nie opuszcza łóżka, a przyśpieszenie tętna i przed kilku dniami przebyty krwotok płucny były przeciwwskazaniem do ekstrakcji. Po oczyszczeniu ekskawatorem cavum pulpae z rozmiękłych mas zębiny wydobyto resztki cuchnącej odumarłej miazgi. Przewody rozszerzono wiertłem, a następnie przemyto kanał parokrotnie rozczynem 6% neosalwarsanu w glicerynie, wreszcie założono wkładkę wyjałowioną napojoną tym rozczynem i zamknięto ząb szczelnie cementem Fletchera. Przetokę wytarto dokładnie watą, napojoną powyższym rozczynem, wprowadzoną na cienkim zgłębniku chirurgicznym. Po 24 godzinach bolesność uciskowa i na opukiwanie znacznie się zmniejszyła, zaczerwienione poprzednio dziąsło zbladło, a przetoka wydzielała płyn surowiczo-ropny. Powtórzono zabieg z dnia poprzedniego i obserwowano pacjenta w dniach następnych. Przetoka okazywała wyraźnie skłonność do zabliźniania się a sekrecja jej była już czysto surowiczą. Objawy zaś zapalne ustępowały, tak że po czwartym opatrunku bóle zupełnie ustały, przetoka się zamknęła. Pacjent przy obserwacji jeszcze półtora-rocznej żadnych dolegliwości nie miał. Zdjęcia roentgenowskiego w tym wypadku nie robiono ani nie przeprowadzono badania bakterjologicznego ze względu na stan pacjenta, nie dozwalający mu na opuszczenie łóżka.

D r u g i p r z y p a d e k ambulatoryjny tyczy się służącej C. lat 26, nadawał się już do dokładniejszych badań, to też robiono w tym wypadku zdjęcie Roentgena przed rozpoczęciem leczenia, wśród i w miesiąc po ukończeniu leczenia z rezultatem bardzo instruktywnym.

Badania baktrejologiczze przeprowadzone w zakładzie bakterjologicznym Uniw. J. wykazały wybitne zadziałanie neosalwarsanu na ilość spirochet.

Pacjentka przyszła do ambulatorjum ze znacznym obrzękiem policzka lewego, ze skargami na bardzo silny ból, promieniujący w okolicę czoła a prawdopodobnie pochodzący z obu zębów siecznych górnych strony lewej.

Badaniem stwierdzono daleko posuniętą próchnicę obu wymienionych zębów, rozluźnienie więzadeł okrężnych wybitne chwianie się zębów i ropień wielkości fasoli na dziąśle w okolicy szczytu korzeni z przetoką, wydzielającą obficie płyn ropny. Wobec powyższych objawów postąpiono w sposób nieco odmienny niż w przypadku pierwszym, a to ze względu nato, że musiano naciąć ropień dopiero następnie wprowadzić wacik napojony rozczynem neosalwarsanu celem oczyszczenia mechanicznego przetoki. Przewód korzeniowy oczyszczono i zamknięto jak w przypadku pierwszym. Drugiego dnia zauważono zmniejszenie się objawów zapalnych, z przetoki wydzielał się płyn surowiczo-ropny. Z każdym dniem przetoka wydzielała coraz mniej płynu o charakterze czysto surowiczym a wreszcie po dziesięciu zabiegach przetoka się zupełnie zamknęła. Codziennie oczyszczano przewód korzeniowy i wkładano doń wkładkę waty napojoną danym rozczynem zamykając ząb hermetycznie. Wkładki wyjmowane z zębów z każdym dniem coraz mniej cuchnęły. Dwunastego dnia założono plombę stałą.

P r z y p a d e k t r z e c i: Prof. Uniw. K. lat 40. Ząb trzonowy przed kilku laty plombowany, obecnie przetoka dziąsłowa, bolesność na opukiwanie, oprawa zęba rozluźniona, ząb się chwieje. Lekarze-dentyści, u których był poprzednio radzili ekstrakcję, na co pacjent się nie zgodził. Po oczyszczeniu w sposób zwykły po dwóch dniach leczenia rozczynem 6% neosalwarsanu przetoka się zamknęła, bolesność ustąpiła wraz z objawami zapalnemi. W kilka dni potem założono plombę cementową następnie koronę i mostek. Obserwacja przeszło roczna nie nasuwa żadnych wątpliwości.

Doświadczenia z neosalwarsanem robiono w Instytucie i w praktyce prywatnej prof. Łepkowskiego w ilości 67 przypadków, których rezultat przyniósł 72% zupełnego wygojenia, 19% niezupełnego, a 9% niepomyślnego. Wyniki złe tłómaczymy sobie jużto tem, że w danych wypadkach florą wywołującą przetokę były głównie nie spirochety a streptokoki, na które neosalwarsan specyficznie nie zadziałał, już to że sprawa była tak dalece posuniętą, że wydzielały się martwiaki, wobec czego leczenie tym środkiem było już bezskuteczne. Jakkolwiek na ogół rozporządzamy jeszcze za małą ilością przypadków i zbyt krótką obserwacją, to sądzę jednak, że wyniki zachęcają przecież, by tej metodzie poświęcić trochę uwagi i skuteczność jej wypróbować.

Dr. Podwiński: **Kraków. Die Behandlung von Zahnfisteln.**

ZUSAMMENFASSUNG. Podwiński beschreibt die von Prof. Łepkowski in Kraków angegebene Methode, welche die Ausheilung v. mit Fisteln behafteten Zähnen in Fällen anstrebt, in denen aus irgend welchem Grunde eine Gegenanzeige gegen einen operativen Eingriff vorhanden ist. Die Methode besteht darin, dass die Fistel vom Cavum pulpae aus mit 6%-iger Glyzerinlösung von Neosalvarsan durchgespritzt wird. Angeführte Krankengeschichten illustrieren die Vorzüge der Methode.

Wiadomości uniwersyteckie.

Reforma studjów stomatologicznych we Włoszech.

W uzupełnieniu wiadomości podanej w numerze 3—4, str. 177 o reformie studjów dentystycznych we Włoszech, podajemy poniżej w dosłownem brzmieniu dotyczący dekret:

Rozporządzenie dotyczące wykonywania dentystyki.

Wiktor Emanuel, z Bożej łaski i z woli Narodu król włoski, wysłuchawszy Rady Ministrów na wniosek Naszego Ministra Oświecenia Publicznego w porozumieniu z Min. Spraw Wewnętrznych postanowiliśmy i postanawiamy:

Art. 1. Nikt nie może wykonywać dentystyki, kto nie zdał egzaminu rządowego z medycyny i chirurgji przed dniem 31. grudnia 1923 tudzież z wyjątkiem osób, które są uprawnione do wykonywania dentystyki w myśl postanowień wcześniej wydanych od niniejszego dekretu.

Art. 2. Do egzaminów ustnych i praktycznych przepisanych artykułem 38 dekretu królewskiege z 29. czerwca 1924 Nr. 1388 o egzaminach upoważniających do wykonywania medycyny i chirurgji, dodaje się egzamin z odontiatrji i protetyki zębowej.

Art. 3. Znosi się zarządzenia Dekretu królewskiego z 31. 12 1923 Nr. 2910 i następne zarządzenia dekretu królewskiego z 31. 12 1923 Nr. 2909 w przedmiocie ogólnego regulaminu uniwersyteckiego zatwierdzonego dekretem królewskim z 6. 4 1924 Nr. 674 tudzież królewskim dekretem z 29. 6 1924 Nr. 1388, w odniesieniu do dentystyki.

Dekret niniejszy przedstawi się Parlamentowi celem przemiany go w ustawę. Zarządzamy, by niniejszy dekret, zaopatrzony Pieczęcią Państwową, został włączony do urzędowego Zbioru Ustaw i Dekretów Królestwa Włoskiego, nakazując wszem wobec stosować się do niego i przestrzegać stosowania jego. Dan w S. Rossore dnia 16. 10 1924. Vittorio Emanuele, Mussolini, Casati, Federzoni.

Widzimy więc z tego, że projekt prof. Chiavaro: Szkoła dentystyczna w Rzymie, osobne studja dentystyczne i osobny doktorat z dentystyki został po upływie niespełna roku zniesiony.

Duże znaczenie ma art. 2, który wprowadza obowiązkowy egzamin ze stomatologji, którego dotychczas nie było, stawiając ją na równi z trzema „ważnemi“ przedmiotami: medycyną wewnętrzną, chirurgją i ginekologją, gdyż przepisuje dla stomatologji prócz egzaminu pisemnego jeszcze egzamin praktyczny, trwający przeciętnie minut 30, podobnie jak się rzecz ma z medycyną wewnętrzną, chirurgją i ginekologją, podczas gdy dla egzaminów z innych przedmiotów: okulistyki, dermosifilopatji, pedjatrji i psychiatrji przepisany jest jedynie egzamin z jednego z tych przedmiotów według wyboru kandydata, i trwający jedynie 15 minut. (*La Stomatologie. 1924. Nr. 11*). *A.*

Statystyka — Ilość kończących studja dentystyczne w Niemczech. W Niemczech uzyskało aprobatę na lekarzy-dentystów według „Volkswohlfahrt“ Nr. 9:

w r. 1922/23	1190
„ „ 1921/22	1366
„ „ 1920/21	1278
„ „ 1919/20	377
„ „ 1918/19	121
„ „ 1913/14	195

Danja. Klinika dentystyczna szkolna. Pierwsza klinika dentystyczna szkolna została otwarta w Danji w r, 1923. Obecnie budują nową klinikę w Kopenhadze, na którą przeznaczono 90.000 koron. Klinika ta przeznaczona jest dla 30.000 dzieci szkolnych. (C. f. Z. 1925/2).

SPIS PATENTÓW WYDANYCH PRZEZ URZĄD PATENTOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ Z ZAKRESU ZAINTERESOWAŃ LEKARSKICH.

Podał Prof. W. Suchowiak, rzecznik patentowy, Lwów, ul. Pańska 8.

30*j*3 1401. Paul Flemming i firma Schülke & Mayr Aktien Gesellschaft, Hamburg (Niemcy). Sposób otrzymywania środka dezynfekcyjnego. 28. III. 1922. Pierwsz. 17. X. 1913 (Niemcy). Udzielono 16. I. 1925.

30*h*6 2400. Salo Bergel (Berlin-Wilmersdorf, Niemcy), Chemische Fabrik Grünau Landshoff & Meyer Aktiengesellschaft (Grünau pod Berlinem, Niemcy) i C. A. F. Kahlbaum Chemische Fabrik Gesellschaft mit beschränkter Haftung (Adlershof, Niemcy). Sposób wytwarzania przeciwciała przeciw krętkom kiłowym. 12. V. 1922. Pierwsz. 18. V. 1921 (Niemcy). Udzielono 6. VII. 1925.

30*h*9 2213. Ludwig Ptack (Wiedeń, Austrja). Plaster przeciw katarowi. 5. I. 1925. Udzielono 10. VI. 1925.

30*h*12 2322. Sally Schiff (Karlsruhe, Badenja, Niemcy). Sposób wytwarzania cementu do plombowania. 12. IV. 1920. Pierwsz. 5. V. 1917 (Niemcy). Udzielono 24. VI. 1925.

ZJAZDY NAUKOWE.

DR. H. ALLERHAND. LWÓW.

Sprawozdanie z XII Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Warszawie w dniach 12—16 lipca 1925 r.

Pierwszy Polski Naukowy Zjazd Lekarzy-Dentystów, odbyty we Lwowie w lipcu 1923 r., uchwalił jednomyślnie, że następny Zjazd ma się odbyć w r. 1925 w Warszawie. Ponieważ równocześnie miał się odbyć w Warszawie w tymże roku XII Zjazd Lekarzy i Przyrodników Polskich, przeto II Zjazd Naukowy Lekarzy-Dentystów odbył się jako Sekcja Stomatologiczna (XXI) Zjazdu. I dobrze, że się tak stało: przez tę łączność organizacyjną ze Zjazdem ogólnym lekarzy i przyrodników przybył impuls dla Sekcji stomatologicznej do porzucenia odrębnych dróg, któremi dentystyka dotychczas kroczyła i do skojarzenia się z macierzą swą: medycyną ogólną. Przez wielki rozmach, który komitet organizacyjny dał Zjazdowi, przez doskonałą i szczegółowo przemyślaną organizację wszystkich działów Zjazdu miała Sekcja stomatologiczna zadanie olbrzymio ułatwione: pozostawało jej tylko stosować się do kierunku ogólnego Zjazdu, a szczegóły tylko przykroić do specjalnych potrzeb świata dentystycznego. Zanim przystąpię do szczegółowego zdania sprawy z obrad Sekcji stomatologicznej pragnę w krótkości opisać przebieg ogólny Zjazdu w tych jego przejawach, które dla uczestników poszczególnych Sekcyj były dostępne.

W Zjeździe brało udział około 2000 uczestników ze wszystkich częśoi Państwa Polskiego przybyłych. Pierwszy dzień, niedzielę przedpołudniem wypełniły uroczystości zjazdowe: Nabożeństwo, złożenie wieńca na płycie Nieznanego Żołnierza, o godz. 11-tej uroczyste otwarcie w hallu Politechniki Warszawskiej przy udziale licznych przedstawicieli Władz, Uniwersytetów i Organizacyj naukowych i społecznych. Z ramienia władz rządowych obecni byli: minister Pracy i Opieki Społecznej Sokal, wiceminister oświaty Łopuszański, Generalny Dyrektor Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Spraw Wewnętrznych Dr. Wroczyński, przedstawiciel Ministerstwa Spraw Wojskowych pułkownik-lekarz Składkowski, prezes Akademji Umiejętności w Krakowie Hoyer i wielu in. Zjazd zagaił prezes komitetu organizacyjnego prof. Kryński, który podkreślił szczególne znaczenie społeczne i naukowe Zjazdu, poczem na przewodniczącego zaprosił profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego Ciechanowskiego. Nastąpiły przemówienia przedstawicieli Rządu, miasta Warszawy, uniwersytetów, towarzystw naukowych, misji francuskiej i in., poczem prof. Siedlecki z Krakowa wygłosił nader zajmujący wykład p. t. „Morze jako przedmiot badań". Następnie odbyło się otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiej w gmachu nowej kreślarni Politechniki, przyczem przemawiał organizator wystawy prof. Koskowski, wstęgę zaś przeciął wiceminister Łopuszański. Popołudniu tegoż dnia odbyły się posiedzenia międzysekcyjne dla Sekcyj przyrodniczych i lekarskich. Na posiedzeniu międzysekcyjnem lekarskiem wygłoszono następujące nader interesujące odczyty: Dr. Bączkiewicz (Warszawa): „O zadaniach Izb Lekarskich", Dr. Bogusławski (Łódź):

„Najnowsza koncepcja organizacji lecznictwa społecznego a Kasy chorych“, Dr. Karwowski i Konkiewicz (Poznań): „Cele Związku Lekarzy P. P. i jego stosunek do Izb Lekarskich“.

Przez trzy dni następne t. j. w poniedziałek, wtorek i środę odbywały się obrady w Sekcjach, których Zjazd miał ogółem 35. W czwartek 16. lipca odbyło się uroczyste zamknięcie Zjazdu w auli Politechniki, na którem wygłosił odczyt prof. Gantkowski (Poznań): „O znaczeniu przyrodolecznictwa w medycynie, a mianowicie aero-, heljo- i hidroterapji“. Pozatem wybrano stałą delegację Zjazdów złożoną z Ciechanowskiego, Janiszewskiego, Siedleckiego (Kraków), Frankego, Romera (Lwów), Gantkowskiego, Karwowskiego (Poznań), Kryńskiego, Lotha, Sawickiego (Warszawa), Dziewulskiego, Januszkiewicza (Wilno). Jako miejsce przyszłego Zjazdu, mającego się odbyć za cztery lata, wybrano Wilno. Następnie uchwalono szereg rezolucyj podanych przez poszczególne Sekcje, mających znaczenie naukowe, organizacyjne i społeczne. Oto ważniejsze z nich:

1. Zjazd uznaje konieczność rezerwatów i ochrony przyrody Tatry, Białowieża, wyżyna Świętokrzyska, jezioro Świteź, w pewnym zakresie kopalnie węgla.

2. Zjazd uchwala konieczność: zwalczania klęski gruźlicy (u ludzi i u zwierząt), alkoholizmu i chorób wenerycznych, przeprowadzenia statystyki ruchu ludności i przyczyn śmierci oraz przyspieszenia spisu ludności, ustawy o powszechnem wychowaniu fizycznem i przysposobieniu wojskowem jako konieczności państwowej, zaprowadzenia lotnictwa sanitarnego nietylko dla celów armji, ale i dla ludności cywilnej, zespolenia spraw zdrowia publicznego i opieki społecznej w jednym urzędzie.

3. Zjazd zwraca się do całej prasy codziennej z uwagą, że podawanie wiadomości sensacyjno - niemoralnych tworzy ze stanowiska lekarskiego podkład dla zarazy moralno - psychicznej w kierunku naśladownictwa.

Rezolucje Sekcji stomatologicznej podamy w następnym numerze.

Wreszcie przyjęto cały szereg wniosków organizacyjnych podanych przez poszczególne sekcje. Po odczytaniu przez sekretarza generalnego prof. Lotha sprawozdania z posiedzenia jury wystawy przyrodniczo-lekarskiej prof. Ciechanowski w krótkiem przemówieniu pożegnał uczestników Zjazdu.

Z pomiędzy wszystkich Sekcyj Zjazdu **Sekcja stomatologiczna** już zewnętrznie wyróżniała się zarówno wielką liczbą zgłoszonych wykładów (54), jak i imponującą liczbą uczestników (260). Posiedzenia Sekcji odbywały się w bądźto w wielkiem audytorjum Zakładu Chemji w Politechnice, bądź też w auli Towarzystwa naukowego przy ul. Śniadeckich. Pierwsze posiedzenie plenarne odbyło się w poniedziałek, dnia 13. lipca, na którem po zagajeniu zebrania przez prof. Wilgę wybrano przewodniczących zebrań plenarnych i posiedzeń dwóch podsekcyj, na które się Sekcja ze względu na wielką liczbę zarówno uczestników jak i zgłoszonych referatów podzieliła. Przewodniczącym Sekcji wybrano prof. Dr. A. **Cieszyńskiego** (Lwów), zastępcami doc. **Meissnera** (Warszawa) i zast. prof. **Mancewicza** (Wilno), sekretarzem general-

nym Dr. H. Allerhanda (Lwów), zastępcą lek. dent. A. Ujejskiego (Warszawa). Do prezydjów posiedzeń w podsekcjach wybrano: Dr. Wodnieckiego (Kraków), Dr. Raczyńskiego (Stanisławów), Dr. Gorczyńskiego (Lwów), lek.-dent. Klejna (Warszawa), Dr. Breneisena (Warszawa), lek.-dent. Essigmana (Warszawa), lek.-dent. Ogórkowskiego (Radom), Glikmana (Radomsko), Cywińską (Warszawa), Bobrowska (Wilno), Dr. Nachera, Zeńczaka, Gombińskiego, Sachsa i Jarząba. Wszyscy przewodniczący i sekretarze stanowili Komisję wnioskową, mającą za zadanie opracowanie wniosków sekcji i przedłożenie ich prezydjum Zjazdu.

Wygłoszono następujące wykłady:

* 1. Dr. Gorczyński (Lwów): „Sprawy ropne jamy ustnej w oświetleniu bakterjologicznem".

2. Lek.-dent. Jarząb (Lwów): „Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów".

3. Dr. Zeńczak (Warszawa): „Czy można stosować metale nieszlachetne zamiast szlachetnych w protetyce dentystycznej".

4. Dr. Gelbard (Warszawa): „Nowoczesna metoda leczenia zębów".

5. Lek.-dent. Bronsztein (Szczebrzeszyn): „O ziarniniakach i torbielach przy zębach jednokorzeniowych".

6. Lek.-dent. Gombiński (Warszawa): „Nowoczesne sposoby traktowania przewodów zęba".

7. Lek.-dent. Jarząb (Lwów): „Cement z tymolem jako podkład pod wypełnienie".

8. Lek.-dent. Zakrzewska (Warszawa): „Sterylizacja instrumentów dentystycznych według Prinza".

** 9. Dr. Szepelski (Warszawa): „O sposobach operowania torbieli jamy ustnej".

10. Doc. Dr. Meissner (Warszawa): „Własny sposób operatywnego postępowania w leczeniu torbieli jamy ustnej".

11. Dr. Cybulski (Warszawa): „Zastosowanie terapji fizykalnej jamy ustnej".

12. Lek.-dent. Bujanowska (Warszawa): „Sposób przeprowadzenia replantacji".

13. Lek.-dent. Bielakowska (Warszawa): „Niezwykłe przypadki złamania zębów wskutek doraźnych obrażeń".

14. Lek.-dent. Broniewska (Warszawa): „Przygotowanie zębów do rezekcji".

15. Prof. Cieszyński (Lwów): „Leczenie chirurgiczne pewnych chorób dziąseł, przedewszystkiem zaś t. zw. ropotoku zębodołowego".

16. Doc. Meissner (Warszawa): „O przyczynie i leczeniu ropotoku zębodołowego w oświetleniu klinicznem".

17. Prof. Wilga (Warszawa): „W sprawie przyczyn i anatomji patologicznej t. zw. ropotoku zębodołowego".

18. Lek.-dent. Ujejski (Warszawa): „Własna modyfikacja mostków złożonych o ukośnych filarach".

19. Lek.-dent. Blikle (Warszawa): „Próchnica zębów a zniekształcenia nabyte".

20. Lek.-dent. Stempniewicz (Warszawa): „O racjonalnem postępowaniu w zgorzeli miazgi zębów trzonowych, stosowanem w Kasach chorych".

* 21. Dr. Podwiński (Kraków): „Leczenie korzeni zębów z przetokami".

22. Lek.-dent. Klein (Warszawa): „Skrócone mianownictwo dentystyczne".

23. Doc. Meissner (Warszawa): „Uproszczony sposób operatywnego postępowania przy odcinaniu wierzchołka zęba".

24. Lek.-dent. Essigman (Warszawa): „O krwotokach po ekstrakcji i o ich tamowaniu".

25. Lek.-dent. Sachs (Warszawa): „Usuwanie zębów i korzeni w świetle nowoczesnych wymogów".

---

*) Część wykładów, posiadających większe znaczenie dla nauki, zostanie wydrukowana w „Polskiej Dentystyce".

**) Przez pomyłkę opuszczono przy nazwisku kol. Szepelskiego tytuł „Dr." Nrze 3—4 P. D., co niniejszem prostujemy.

*

26. Doc. Meissner (Warszawa): „Zasady wyjmowania zębów przy uchwyceniu kleszczy z góry".
27. Lek.-dent. Swiostkówna (Warszawa): „O sposobach wyjmowania odłamków korzeni pozostałych po ekstrakcji zęba".
28. Dr. Gelbard (Warszawa): „Ogólny zarys z regulacji zębów".
29. Dr. Breneisen (Warszawa): „Zgryzadła a model szczęki w ruchu".
30. Lek.-dent. Grzybowska (Warszawa): „Rodzaje i sposoby umocowania porcelanowych zębów w protezach".
31. Lek.-dent. Galasińska: „Korony Jacketowe".
32. Lek.-dent. Goldberg (Siedlce): „O złotych odlewach".
33. Lek.-dent. Litwin (Łódź): „Walka z masową próchnicą zębów u dzieci".— „Alkoholizm a próchnica".
34. Prof. Mancewiez (Wilno): „Sposób znieczulania nerwu żuchwowego w przypadkach szczękościsku".
35. Prof. Mancewicz (Wilno): „O nowym sposobie badania zatoki szczękowej".
36. Doc. Meissner (Warszawa): „Wyniki dalszych badań nad chirurgicznem umocowaniem dostawek w bezzębnej jamie ustuej".
37. Lek.-dent. Niemczewska (Warszawa): „O przygotowaniu jamy ustnej do zabiegów operacyjnych śródustnych".
38. Lek.-dent. Abramowicz (Warszawa): „Wpływ zawodu i pewnych przyzwyczajeń na stan jamy ustnej i uzębienia". „Wpływ chorób zębów i jamy ustnej na zgryz i zewnętrzny wygląd twarzy".
39. Lek.-dent. Lipkinówna (Warszawa): „Zasady higjenicznego utrzymania jamy ustnej w oświetleniu klinicznem".
40. Dr. Gruszczyński (Warszawa): „Nasze państwowe instytucje dentystyczne a walka z próchnicą jako złem społecznem".
41. Lek.-dent. Krakowski (Warszawa): „O konieczności ustalenia polskiego słownictwa dentystycznego".
42. Dr. Breneisen (Warszawa): „Zadania lekarzy-dentystów szkolnych i walka z próchnicą". — „Stan pomocy dentystycznej w średnich szkołach państwowych podług materjałów dostarczonych przez Min. W. R. i O. P.
43. Prof. Wilga (Warszawa): „Znaczenie społeczne próchnicy i organizacja walki z nią w szkołach". — „Zasada leczenia zębów u dzieci w wieku szkolnym jako podstawa walki z próchnicą".
44. Dr. Gelbard (Warszawa): „Leczenie zębów mlecznych z punktu widzenia ortodoncji".

Na końcowem posiedzeniu plenarnem wybrano stałą delegację mającą się zająć organizacją w przyszłości Zjazdów lekarzy-dentystów składającą się z reprezentantów katedr stomatolog. wzgl. dentystycznych: prof. Cieszyńskiego, nieobecnego na Zjeździe prof. Łepkowskiego następnie prof. Wilgi, doc. Meissnera, Dr. Zeńczaka, Dr. Mancewicza, tudzież uchwalono szereg rezolucyj dotyczących spraw naukowych i społecznych związanych z dentystyką.

Znaczna część odczytów była ilustrowana pokazami, tak, że słuchacze mogli odnieść rzeczywiście trwałą korzyść. Podobnie jak wśród Sekcyj zjazdowych Sekcja stomatologiczna wyróżniała się korzystnie zarówno liczbą uczestników, jak również liczbą zgłoszonych i wygłoszonych wygłoszonych wykładów, tak i na Wystawie, stanowiącej organiczną część Zjazdu i najbardziej na zewnątrz imponującą, dentystyka zajęła niepoślednie miejsce.

Wystawa urządzona we wspaniałym gmachu nowej kreślarni Politechniki warszawskiej, obejmowała parter, I i II piętro i dzieliła się na następujące działy: naukowy, uzdrowiskowy, radjo- i elektromedyczny, przyrodniczo-dydaktyczny, Kas chorych, weterynaryjny, stomatologiczny, higjeny szkolnej i obrony przeciwgazowej. Parter mieścił dział radjolo-

giczny, zwalczanie nowotworów złośliwych, preparaty anatomiczne wystawione przez prof. Lotha, dział „kropli mleka“ reprezentowany przez Dr. Szczawińską z wykresami wskazującemi wzrost wagi ciała oseskôw przy odpowiedniem ich odżywianiu i z tablicami wskazującemi, jak wogóle należy chować i żywić niemowlęta według nowoczesnych poglądów z nagromadzonemi owocami i warzywami w naturze, jako środkami odżywczemi niezbędnemi przy racjonalnem ich żywieniu. Towarzystwo obrony przeciwgazowej pokazało na eksponatach straszne zniszczenie, wywołane przez gazy trujące, tudzież rozmaite typy masek przeciwgazowych. Resztę tego skrzydła poza biurem Zjazdu wypełniały eksponaty zdrojowisk: jak Krynica, Zakopane, Druskieniki, Grodzisk, Wysowa, Iwonicz, Nałęczów. Lewe skrzydło zajęły eksponaty firm wytwarzających aparaty elektro-medyczne, a mianowicie: Siemens i Halske, Reiniger, Gebbert i Schall, Veifa, Philips, pozatem znane firmy: Amber, Mann, Jarnuszkiewicz, Makowski, Woźniak, Drobner. Na pierwszem piętrze lewe skrzydło zajęły eksponaty firm farmaceutycznych jak: Spiess, Motor, Klawe, Gessner, Karpiński, Bukowski, Bayer, Meister, Lucius, Brüning, Agfa, Leopold Casella, Kalle, Zimmer, Serovac, Zakład Bujwida. Skrzydło prawe pierwszego piętra zajęła imponująca wystawa Kas chorych, pierwsza tego rodzaju wystawa w Polsce, obejmująca licznc dane statystyczne tudzież berdzo udatne futuryzujące, lecz niestety częściowo w mylnie obliczonych proporcjach przedstawione, wykresy artysty-malarza Władysława Wąsowicza. Przedstawiały one Kasy chorych w Polsce w poszczególnych powiatach, liczbę Kas chorych zależnie od liczby członków, liczbę ubezpieczonych i członków rodzin, liczbę uprawnionych do korzystania z Kas chorych, odsetkowy stosunek uprawnionych do korzystania z Kas chorych do ogółu ludności, ogólną liczbę chorych, ogólną liczbę udzielonych porad wogóle i w ambulatorjach, wpływy gotówkowe kas (113,281.450·86 Z), koszt pomocy lekarskiej w Polsce, koszt pomocy lekarskiej w poszczególnych dzielnicach, sumy zasiłków i świadczeń, wykazy uzdrowisk, z których zabezpieczeni korzystają. W skrzydle lewem piętra drugiego pomieścił się dział dydaktyczny, walka z alkoholizmem, statystyki Generalnej Dyrekcji Służby Zdrowia, eksponaty Państwowego Zakładu Higjeny, Polskie Towarzystwo krajoznawcze, pomoce szkolne z podręcznikami dla każdej klasy oddzielnie, dział etnologji, biologji i fizyki.

W prawem skrzydle panowała stomatologja. Na pierwszym planie prywatne zbiory prof. Wilgi (obrażenia szczękowe), oraz eksponaty Państwowego Instytutu Dentystycznego w Warszawie z oddziału dentystyki zachowawczej (przygotowanie ubytków i wkładki złote) oraz roentgenologji stomatologicznej (as. Dr. Cybulski), dalej Instytutu Dentystycznego we Lwowie i prywatne prof. Cieszyńskiego, obejmujące: szereg tablic, schematycznie przedstawiających przygotowanie ubytków pod wkłady złote, modele z gipsu w stosunku 1 : 12 z przygotowanemi ubytkami pod wkłady złote (prace uczniów I kursu); z działu chirurgji stomatologicznej: szereg masek odlanych w gipsie z nowotworami szczęk i innemi zmianami patologicznemi, między któremi zasługiwał na uwzględnienie nader rzadki przypadek:

Leontiasis ossea mandibulae, następnie dwa albumy z kilkudziesięciu tablicami, ilustrującemi technikę injekcji głębokich przy leczeniu rwy nerwu trójdzielnego; oprócz tego był z tego zakresu bardzo instruktywny model z plasteliny przedstawiający technikę injekcyjną prof. Cieszyńskiego do II. i III. gałęzi n. trójdzielnego przy pomocy linij orjentacyjnych wraz z pomocniczemi przyrządami jego pomysłu. Z działu chirurgji był jeszcze 1 album dotyczący operacji radykalnej Cieszyńskiego przy leczeniu chorób parodontalnych. Z ortopedji szczęk wystawił prof. Cieszyński 2 albumy z kilkudziesięcioma artystycznie wykonanemi akwarelami przedstawiającemi aparaty ortopedyczne przy obrażeniach szczękowych. Z działu roentgenologji zasady projekcji, metody intra- i ekstraoralne zdjęć roentgenowskich według Cieszyńskiego, z działu protetycznego w kilkunastu skrzynkach: prace uczniów, przyszłych stomatologów, dające pogląd na sposób uczenia protetyki w Instytucie Dentystycznym lwowskim i jakość prac wykonanych przez uczniów, I. i II. kursu stomatologicznego.

Na prace naukowe ogłoszone z Instytutu Dentystycznego lwowskiego w ostatniem trzechleciu, dawały pogląd wystawione również pierwsze trzy roczniki „Polskiej Dentystyki“, będącej organem tegoż Zakładu.

Bardzo dodatnio przedstawiały się eksponaty Rady Głównej Związku Zawodowego Lekarzy-Dentystów w P. P. obejmujące księgozbiór, muzeum, tudzież objekty ze współdzielni. Z firm dentystycznych wyróżniły się „Edeco“, Judt, „Dentos“, a przedewszystkiem Światłowski, który wystawił instrumenty Willigera, Hansa Sachsa, kubki indywidualne higjeniczne z impregnowanego papieru „Lilly“, różne typy dmuchadła gorącego powietrza, Jupiter-sztuczne słońce, aparat do lania złota Moore-Elgina zwany popularnie „świnką“, wyjaławiacze Flaherty'ego, Radiolux, wyjaławiacze olejne, spluwaczki, piecyki, reflektory i i. Na uwagę zasługiwała oryginalna wiertarka drewniana składana pomysłu i wykonania lek. dent. Niedźwieckiego.

Dla członków Sekcji stomatologicznej interesujących się lecznictwem w Kasach chorych urządził kol. Perliński wraz z naczelnym lekarzem Drem Grodeckim objazd wszystkich ważniejszych instytucyj Kasy chorych stoł. m. Warszawy. I tak mieliśmy możność oglądania przy ul. Mokotowskiej l. 61 świetnie urządzonego ambulatorjum wyekwipowanego według ostatnich wymogów, zaopatrzonego w fotele Bibera i elektryczne wiertarki ostatnich typów. Dzięki staraniom naczelnego lekarza-dentysty Kasy chorych kol. Bachońskiego i kol. Perlińskiego, który w Zarządzie zastępuje słuszne żądania pracujących w trudnych warunkach lekarzy-dentystów ustalono jako normę, że w interesie jakości pomocy dentystycznej, mającej być udzielaną ubezpieczonym, liczba przyjęć w jednej godzinie nie może przekraczać 3 — 4. Dzięki temu lekarze-dentyści pracujący w przychodniach kasowych, nie będąc przytłoczeni olbrzymią ilością zgłaszających się, mogą wykonywać lecznictwo umiejętnie i spokojnie, zgodnie z współczesnemi wymaganiami nauki dentystycznej, co ubezpieczonym tylko na korzyść wychodzi. Pozatem obowiązuje wolny wybór z pośród lekarzy-dentystów kasowych tak, że ubezpieczeni mają możność zgłaszania się do tych ordynujących, do których mają zaufanie. Wynagrodzenie lekarzy-dentystów wynosi obecnie (lipiec 1925) 132 Zł. za godzinę pracy. W każdem ambulatorjum dentystycznem jest oddział

„pomocy doraźnej“, który załatwia chorych potrzebujących pomocy natychmiastowej z powodu gwałtowego bolu, resztę chorych zamawia się na wyznaczone dni i godziny. Duże ambulatorjum znajduje się też przy ul. Karmelickiej 15, gdzie istnieje urządzenie wprawdzie starszego typu, lecz organizacja pracy jest również wzorowa jak na Mokotowskiej. Trzecie ambulatorjum znajduje się przy centrali Kasy chorych na Solcu 93, gdzie również znajduje się urządzenie najnowszego typu. Pozatem istnieje jeszcze kilka przychodni w różnych punktach miasta.

Na Solcu mieliśmy również możność oglądania szpitala Kasy chorych, centralnej apteki, która od 1. stycznia wydała 239.000 recept, tudzież wzorowej pracowni chemiczno-bakterjologicznej, pozostającej pod kierunkiem Drki Dojlidko. W garażu stoi 9 aut osobowych, trzy karetki. Na Towarowej mieści się Główna składnica sanitarna Kasy chorych, zaopatrująca 8 aptek i 400 fabrycznych apteczek, urządzona na olbrzymią skalę i posiadająca prócz własnych składów materjałów aptecznych również własną wytwórnię leków do wstrzykiwań w wyjaławionych ampułkach. Składnica ta wydaje przeciętnie 5000 zapotrzebowań rocznie; cyfra ta daje miarę olbrzymiego rozrostu, jakiego doznała Kasa chorych w ostatnich czasach. W tem wszystkiem, cośmy, widzieli widać było dużo pracy organizacyjnej, dużo wytrwałości i samozaparcia się i zamiłowania do sprawy; wielki w tem udział lekarza naczelnego Dra Grodeckiego, który w przeciągu 13 miesięcy swego urzędowania potrafił wznieść lecznictwo warszawskiej Kasy chorych do dzisiejszej wyżyny.

Na zakończenie przystoi mi jeszcze wspomnieć o stronie towarzyskiej Zjazdu, która, trzeba przyznać, wypadła doskonale. Dla nieznających Warszawy zorganizowano zwiedzanie miasta w grupach pod kierunkiem przewodników, wystarano się o zniżki w teatrach. W poniedziałek odbył się w Salach Ratuszowych Raut wydany przez Magistrat m. Warszawy: honory gospodarzy robili na nim Dr. Rottermund i senator Baliński. Wypadł świetnie. W wycieczkach statkami po Wiśle nie brałem osobiście udziału, ale ci, którzy w nich uczestniczyli, bardzo sobie je chwalili. W środę odbył się „bankiet“ w salach i ogrodach Kasyna Urzędników Państwowych, Nowy Świat 67. Nie był to właściwie bankiet w ścisłem tego słowa znaczeniu, gdyż nie było tam sztywnego siedzenia przy stołach, toastów itp. akcesorjów każdej uroczystości, lecz raczej był to dość swobodny dancing, eating i drinking. Mimo uchwały o zwalczaniu alkoholizmu przygotował komitet organizacyjny sporo „alkoholiczności“ a jedzenia było tyle, jak gdyby składka wynosiła nie dziesięć ale pięćdziesiąt złotych. Lecz punktem kulminacyjnym towarzyskich poczynań Zjazdu były wycieczki. W programie były wycieczki do Ciechocinka, Torunia, Inowrocławia i Poznania, do Gdyni, na Hel, do Pucka i Gdańska, do Druskienik, do Krakowa, Rabki i Zakopanego, do Krościenka, Szczawnicy, Żegiestowa i Krynicy, do Nałęczowa, Kazimierza, Puław, do Zabierzowa, Piaskowej skały i Ojcowa, do Lwowa, Drohobycza, Truskawca i Morszyna, do Stanisławowa, Jaremcza, Worochty i Nadwórnej, wreszcie wycieczka na Górny Śląsk. Wycieczki do uzdrowisk małopolskich podobno nie przyszły do skutku z powodu zbyt małej ilości uczestników, najudatniejsza była wycieczka do Gdańska, która też zgromadziła największą ilość uczestników. Organizatorem tej wycieczki był Dr. Szumlański

przewodnikiem Dr. Konarski; organizacja była doskonała, pogoda jeszcze lepsza. Po Gdyni oprowadzał wycieczkę Dr. Skowroński, port i wszystkie jego urządzenia objaśniał dowódca portu kapitan Zaleski. Z Gdyni udała się wycieczka na Hel, stąd koleją do Pucka. Tutaj zorganizował komitet miejscowy z Radcą Drem Żyndą na czele nadzwyczajne przyjęcie, począwszy od kolacji na której przemawiali Dr. Zieleziński, burmistrz miasta Kamski i starosta Lipski, aż do próbnych lotów hydroplanami, w których uczestnicy wycieczki bez względu na wiek i płeć też brali udział. Z Pucka koleją do Gdańska, gdzie wycieczka zwiedzała miasto i zabytki pod kierunkiem Dra Knapczyka i studenta politechniki we Wrzeszczu, Białego. Po objedzie w polskiej restauracji Ermitażu na Hundegasse nastąpiła wycieczka autobusami do Sopot, skąd powrót statkiem do Gdańska, gdzie nastąpiło rozwiązanie wycieczki, umożliwiając uczestnikom, uwożącym ze sobą jak najmilsze wspomnienia, powrót według marszruty dowolnie obranej.

Towarzystwa. Zjazdy.

Protokół IV. Zjazdu Centralnej Rady.

W dniu 12-tym lipca 1925 r. odbył się IV-ty zjazd C. R., na którym byli obecni ze Związku b. zab. pruskiego Prezes Świtała i Dr. Cylkowski, z krakowskiej Izby lekarskiej Dr. Wodniecki i Dr. Merunowicz, z lwowskiej Izby lekarskiej Dr. Allerhand i Dr. Gorczyński, z Wilna kol. Bobrowska, ze Związku Zaw. Lekarzy-Dentystów w P. P. kol. Neufeld i Dessau, ze Związku Zaw. Lekarzy-Dentystów Chrześcijan kol. Stokowski i Urbańska-Filipowiczowa.

Zebranie zagaił Dr. Allerhand i odczytał przysłane przez Związek Zaw. Lek.-Dent. w P. P. warunki na zasadzie których tenże mógłby być nadal członkiem C. R. Kol. Świtała podał do wiadomości postanowienie Związku b. zab. pruskiegc, tyczące się działalności Związku Zaw. Lek.-Dent. w P. P. Według opinji Związku Zaw. b. z. p., kol. Ujejski oraz prof. Wilga zaszkodzili swem wystąpieniem na terenie Komisji Zdrowia stanowi dentystycznemu, tak, że Związek Zaw. b. z. p. gotów jest nawet wycofać swych delegatów z C. R. o ile postępowanie delegatów Związku Zaw. Lek.-Dent. w P. P. się nie zmieni. Dlatego też kol. Świtała nie życzy sobie jako dotychczasowy prezes C. R. przewodniczyć na obecnym zjeździe i prosi o to Dra Allerhanda. Następnie zaznacza, że Związek Lek.-Dent. w P. P. chce mieć wolną rękę na terenie C. R., a na taki specjalny przywilej nikt zgodzić się nie może. Kol. Bobrowska oświadczyła, że Związek wileński również nie zgodziłby się na przedstawione przez Związek Zaw. Lek.-Dent. w P. P. warunki. Kol. Stokowski zaproponował, aby Związek Zaw. Lek.-Dent. w P. P. cofnął zwoje warunki, o ile chce nadal należeć do C. R. Przewodniczący Dr. Allerhand poddał pod głosowanie: „Kto jest za przyjęciem warunków przedstawionych przez Związek Zaw. Lek.-Dent. w P. P.“? Jednomyślny protest. — Przewodniczący zarządził 5-cio minutową przerwę, podczas której delegaci Związku Zaw. Lek.-Dent. w P. P. opuścili zebranie.

Po przerwie kol. Essigman przemawiał w kwestji opracowującej się w Sejmie ustawy, jako delegat wybranej Komisji na zjeździe w dniu 21-szym czerwca,

proponując aby dla dobra sprawy wspólnie wystąpić do Sejmu, czyli żeby C. R. podpisała uchwały wyżej wymienionej Komisji. Przewodniczący zaprojektował, aby w sprawie ustawy utworzyć specjalną komisję z członków C. R., Komisji i zrzeszeń nie należących do C. R. Wówczas zabrał głos kol. Stokowski, oświadczając, że C. R. wraz z Komisją .do spraw ochrony stanu dentystycznego stanowi już przedstawicielstwo wszystkich zrzeszeń w Państwie. Oświadczył, że przykro Mu słyszeć podobną propozycję od członka Zarządu C. R., gdyż propozycja ta podrywa zaufanie do celowości utworzenia C. R., która miała właśnie za zadanie załatwianie wszelkich spraw naszego zawodu. Oświadczył, że przez uchwalenie wniosku przewodniczącego autorytet C. R. będzie poderwany, wobec czego nie widzi potrzeby jej istnienia i w tej chwili zgłosi o wystąpieniu swojem z C. R. Kol. Urbańska-Filipowiczowa gorąco poparła słowa przedmówcy, objawiając również zamiar wystąpienia z C. R. Wówczas delegat Komisji kol. Neufeld oświadczył, że skoro C. R. postanawia działać w sprawie ustaw łącznie z Komisją, to chętnie to przyjmuje do wiadomości, albowiem uważa to za zupełnie bez różnicy czy C. R. przyłączy się uchwał Komisji czy też Komisja do uchwał C. R. Wobec tego kol. Świtała postawił wniosek, aby opracowaną przez członków C. R. oraz członków Komisji petycję do Sejmu podpisała C. R., Komisja obrony stanu dentystycznego oraz wszystkie bez wyjątku zrzeszenia zawodowe lekarzy-dentystów w Państwie. Wniosek ten jednogłośnie przyjęto i do opracowania wyżej wymienionej petycji wybrano kol. Świtałę, Essigmana i Dra Merunowicza którzy jeszcze tego dnia ową petycję opracować mieli. Po tem postanowieniu delegaci wyżej wymienionej Komisji wyszli, pozostali zaś wysłuchali protokołu z poprzedniego zjazdu C. R., który przyjęto. Następnie kol. Stokowski podał do wiadomości, że statut C. R. już jest zatwierdzony przez władze. Przewodniczący wyraził podziękowanie kol. Stokowskiemu za trudy i starania przy zatwierdzaniu statutu. Na skarbnika C. R. wybrano jednogłośnie kol. Goldberga-Górskiego i przystąpiono do punktu następnego. Dr. Allerhand zakomunikował zebranym, że istnieje Międzynarodowy Związek Lekarzy-Dentystów (F. D. I.), że byłoby z wielką korzyścią dla C. R., gdyby przystąpiła do tegoż Związku. Że powinniśmy złożyć nasz akces na zjazd mający się odbyć w jesieni w Genewie, bo chociaż na nim C. R. reprezentowaną być jeszcze nie może, to może być zaproszoną na takiż zjazd na rok przyszły. Wniosek przyjęto. Następnie kol Urbańska-Filipowiczowa referowała sprawę mającego się odbyć zjazdu w Buenos-Ayres; Ministerstwo Spraw Zagranicznych dałoby delegatom ulgowy paszport, zniżkę kosztów podróży do granicy, zaś podróż okrętem bezpłatnie. Ponieważ podróż taka trwałaby dwa miesiące i wymagałaby znacznych kosztów, C. R. postanowiła delegata nie wysyłać, natomiast wystosować pismo do M. S. Z. z prośbą przyznania tychsamych ulg na zjazd Międzynarodowego Związku Lekarzy-Dentystów, który odbędzie się w roku przyszłym. Co do punktu 5-go porządku dziennego dotyczącego Kasy wzajemnej pomocy, zadecydowano punkt ten z porządku obrad usunąć z powodu braku referenta. Odczytano list ze Związku Zaw. Lek.-Dent Chrześcijan, w którym tenże proponuje aby łącznie z C. R. zwołać zebranie specjalnie zawodowe po ukończeniu prac naukowych sekcji stomatologicznej zjazdu. Postanowiono takiego zebrania teraz nie zwoływać. Na tem posiedzenie C. R. skończono, naznaczając ciąg dalszy na dzień następny o godz. 4-tej popołudniu. 13/VII. Posiedzenie rozpoczęto referatem kol Blechmana o warunkach pracy lekarzy-dentystów w Kasach Chorych w Bydgoszczy. Kol. Blechman usilnie prosił, aby C. R. w obronie kolegów

wystąpiła do Ministerstwa Pracy i Opieki Społecznej o unormowanie liczby pacjentów mających być przyjętymi w ciągu godziny w Kasie Chorych. Kol. Essigman dowodził, że należy postarać się, aby należący do Kasy Chorych mogli dowolnie wybierać sobie lekarza. Tego samego zdania był kol. Świtała. Kol. Stępniewicz, prezes Zrzeszenia Lek.-Dent. warszawskiej Kasy Chorych oświadczył, że lekarze-dentyści pracują obecnie tylko po trzy godziny w Kasach Chorych. Kol. Bobrowska podaje, że w wileńskiej Kasie Chorych istnieje komisja kwalifikacyjna, która przyjmuje lek.-dent. z 10-cio letnią praktyką. Dr. Wodniecki podał, że jedynym skutecznym środkiem do wywalczenia wolnego wyboru lekarza przez członków Kas Chorych jest organizacja i solidarność lekarzy, jak tego dowodzi przykład, że w całem poznańskiem jest wolny wybór lekarzy, a w Małopolsce w jednem mieście t. j. w Sanoku. Na ogólnym Zjeździe lekarzy z Małopolski w Krakowie, odbytym niedawno, uchwalono dążyć do „wolnego wyboru lekarzy przez członków Kas Chorych". Przeszedł wniosek kol. Świtały, aby Zarząd C. R. zwrócił się do Związków w skład jej wchodzących z prośbą o wypowiedzenie się w kwestji wolnego wyboru lekarza, liczby pacjentów w ciągu godziny, oraz sposobów angażowania lekarzy-dentystów. Po otrzymaniu konkretnych odpowiedzi C. R. poczyni odpowiednie starania, celem przeprowadzenia ogólnych żądań. Wniosek te jednogłośnie przyjęto.

Po omówieniu spraw powyższych, odczytano projekt poprawek do ustawy dentystycznej, ułożony przez wybranych w dniu wczorajszym delegatów, który przyjęto i wraz z petycją zadecydowano wysłać do Sejmu i do Prezydjum XII-go zjazdu lekarzy i przyrodników w Warszawie.

Następnie kol. Urbańska-Filipowiczowa referowała sprawę przystąpienia do spółdzielni pracowników umysłowych. Centralna Rada postanowiła nie przystępować.

Przyjęto następnie na wniosek Dra Allerhanda, że „Polska Dentystyka" będzie organem Centralnej Rady. Przyjęto reasumpcję uchwały, że protokół z posiedzenia C. R. może być drukowany po przyjęciu przez następny zjazd takowej i postanowiono protokół obecnego zjazdu umieścić w najbliższym numerze „Polskiej Dentystyki" i innych pismach zawodowych.

Na tem Zjazd zakończono.

Przewodniczący: *I. Świtała.*

Sekretarz: *Z. Urbańska-Filipowiczowa.*

Związek docentów stomatologji.

Dnia 16. lipca 1925 r., w dniu zamknięcia II Polskiego Zjazdu Lekarzy-Dentystów w Warszawie założony został „Związek docentów stomatologji" przez obecnych na Zjeździe Prof. Cieszyńskiego, Dr. Mancewicza, Doc. Dr. Meissnera, Prof. Wilgę i Dr. Zeńczaka, mający na celu uzgodnienie wzajemnych poglądów na sprawy nauczania dentystyki i stomatologji, wzajemne popieranie się przy organizacji studjów, prowadzenie ich oraz w pracy naukowej.

Przewodniczącym Związku został wybrany Prof. Cieszyński.

DZIAŁ SPRAWOZDAŃ I STRESZCZEŃ.

CHEMJA.

Hüttenrauch. **Działanie kwasu fluorowodorowego i jego soli na kamień zębowy i twarde substancje zęba. D. M. f. Z. 1924 nr. 19.**

Oprócz metod mechanicznych i chirurgicznych w celu usuwania kamienia nazębnego, mamy środki chemiczne, które zupełnie rozpuszczają złogi wapniowe, ale również uszkadzają mniej lub więcej twarde substancje zęba. Do takich środków należy kwas fluorowodorowy, względnie kwaśna sól fluoroamonowa, kwaśny fluorek glinu (Al. F_3 3 H. F). Dzięki silnemu odczynowi kwasowemu a co zatem idzie wielkiej koncentracji jonów wodorowych, są one w stanie rozpuszczać najdrobniejsze złogi wapniowe, a przytem zdaniem Head'a oszczędzają szkliwo, zębinę i cement. Autor jednak stara się doświadczeniami wykazać o ile zapatrywanie to jest słusznem i pragnie przedstawić siłę i stosunek działania tych środków do znanych nam kwasów jak H_2, SO_4 i HCl. — Przez 4 godziny trzyma zęby w 20% rozczynach kwasów: fluorowodorowego, siarkowego i solnego. Powierzchnia szlifów zębów, poddanych działaniu powyżej wymienionych kwasów wykazała już przy 300-krotnem powiększeniu nierówności i kraterowe wgłębienia. Kwasy rozpuszczały najpierw substancję kitową przezco rozluźnił się związek pojedynczych pryzmatów a w miarę siły działania, rozpuszczały się i te ostatnie. Słabiej występowały zmiany te po działaniu kwasu fluorowodorowego a najintenzywniej były spowodowane kwasem solnym.

Najkorzystniejsze wyniki dały doświadczenia z kwaśnym fluorkiem glinu. Po $^1/_2$ godzinnem działaniu jego na zęby, szlify dopiero 500 razy powiększone wykazały zaledwie dostrzegalne zmiany które praktycznego znaczenia już nie posiadają. Ponieważ szkliwo, zębina, cement jak i kamień nazębny składają się z tych samych substancji i tylko procentowo różnych, sprawa ich rozpuszczania będzie w odwrotnym stosunku do skupienia ich krystalicznych soli wapniowych. Szkliwo przedstawia największy stopień skupienia, kamień nazębowy, najmniejszy; stąd łatwiej rozpuszcza się ten ostatni. Kwaśny fluorek glinu spotykamy w handlu pod nazwą „Lithosolvent".

Sposób użycia: Po mechanicznem oczyszczeniu zębów z kamienia, zostawiamy pacjenta przez parę dni w spokoju, ażeby się zagoiły zranione dziąsła. Potem oczyszczamy dziąsło watą przy pomocy szczypczyków a zapomocą małej kauczukowej strzykawki zapuszczamy parę kropli tego płynu do torebek dziąsłowych. Nawiniętą na tępą igiełkę watą obchodzimy torebkę wokoło zęba i ułatwiamy rozpuszczanie się głęboko położonego kamienia. Po 5 minutach takiego działania, zęby osuszamy i neutralizujemy nadmiar kwasu rozczynem dwuwęglanu sodowego. Po 3—4 dniach zabieg ten powtarzamy aż do uzyskania wyniku.

Jarząb (Lwów).

HISTOLOGJA.

Goldberg Fanny. **Znaczenie przestrzeni interglobularnych. D. M. f. Z. 1924 nr. 19.**

Przeglądając szlify zębów ludzkich widzimy, że przestrzenie interglobularne i warstwa ziarnista Tomesa jest wszędzie i w jednakowym porządku ułożona. Zachodzi więc pytanie, czy to regularne wystąpienie pustych przestrzeni na tle przebiegu kanalików zębinowych, jest spowodowane niedostatecznem zwapnieniem, a więc zjawiskiem patologicznem, czy też celowem?

Piśmiennictwo daje o tem dość sprzeczne pojęcia. Ogólnie przyjęto zdanie, że powstanie przestrzeni interglobularnych jest wyrazem zaburzenia i niedokładnie przebiegającego procesu zwapniania.

Temu zapatrywaniu przeciwstawia autorka szlify zębów ludzkich różnego wieku, następnie szlify małp i wielu innych zwierząt. We wszystkich wykazuje jednakowo położone przestrzenie interglobularne i ziarnistości Tomesa. Brak ich w okolicy szyjki zęba. Znaczyłoby to, że mamy przed sobą zjawisko zupełnie prawidłowe, które musi mieć pewne celowe znaczanie, nawet funkcje.

Każde ciśnienie wywierane na powierzchnię zęba z boku powoduje pewien obrót zęba w miejscu, gdzie mamy elastyczne więzadło okrężne zęba, które ten obrót warunkuje. Ciśnienie to na koronę powoduje również przeciwciśnienie ze strony zębodołu. Jeżeli to ciśnienie rozłożymy linjami równoległoboku, otrzymamy w miejscu spotkania się przeciwnych linji płaszczyznę, w której obie siły ciśnień się znoszą. Płaszczyzna ta właśnie przechodzi przez okolicę szyjki zęba; stosownie do tego szyjka zęba przedstawia się słabszą co do struktury wewnętrznej w przeciwieństwie do korony i korzenia.

Autorka wysnuwa stąd prawdopodobny wniosek, że przestrzeni interglobularne wypełnione protoplazmatycznemi wypustkami komórek zębinotwórczych, celowo rozmieszczone są w punktach największego nadwerężenia zębów, aby łagodziły i wyrównywały ciśnienia podczas żucia.

Jarząb (Lwów).

PATOLOGJA, TERAPJA.

Langer, Wasmund **(Berlin). Zmiany w zębach przy dziedzicznej kile. Klin. Woch. 1925. Nr. 3 p. 110.**

W artykule obejmującym część kliniczno-dermatologiczną i zębolecznicza, dochodzą autorowie na podstawie swoich spostrzeżeń na wielkiej ilości pacjentów, jednakowoż bez pomocy badań histologicznych, do nieco odmiennych od istniejących poglądów na przyczyny powstawania zmian zębów, charakterystycznych dla dziedzicznej kiły, t. zw. zębów Hutchinsona. Wedle autorów mają znaczenie patognomiczne tylko zmiany na zębach stałych. Siekacze mają kształt beczkowaty i posiadają półksiężycowe wcięcia na krawędzi siecznej; kształt pala „Pflockform" zębów siecznych albo też zupełny brak kości międzyszczękowej wraz z zębami siecznemi — jak to przedstawił Busche u 2-letniego dziecka są również charakterystyczne dla dziedzicznej kiły. Zęby o kształcie pala wyglądają jakby były opiłowane na krawędzi siecznej z zachowaniem

szkliwa. Autorowie odmawiają zupełnie znaczenia opisanej przez Pflügera formie „pączka“ dla kiły charakterystycznej w pierwszych trzonowcach („Knospenform“) przedewszystkiem dlatego, że jej nie zaobserwowali i ponieważ zmiany te występują raczej w 2. i 3. trzonowcach uważanych często mylnie za 1.

Podobnie się zapatrują na rozstęp Gauchera między środkowemi siekaczami, a Hutchinson sam ograniczył rozpoznawcze znaczenie zmian przez siebie opisanych do środkowych siekaczy, mimo, że i inne zmiany były mu też znane. Zmiany w siekaczach dolnej szczęki są na ogół rzadsze, o ile są typowe, mają takie same patognomiczne znaczenie i przyczyny powstawania co i górne.

Zmiany Hutchinsona uważają niektórzy jako skutek zgubnego działania spirochet, które znaleziono masowo w zarodkach zębów; ale dlaczegóżby miały cierpieć tylko siekacze, a nie także pierwsze trzonowce, które w tym samym czasie powstawają, tego wytłumaczyć nie mogli.

Kranz i Fleischmann uważają za powód powstawania, zarówno zębów Hutchinsona jak i innych nadżerek zębowych, zaburzenia w wewnętrznem wydzielaniu ciałek przyblonkowych i przysadki, które powodują w dalszym ciągu zaburzenia w procesie zwapnienia. Nadżerki o charakterze hipoplastycznym i atroficznym są wprawdzie częste u tych samych osobników, które posiadały charakterystyczne dla dziedzicznej kiły zęby Hutchinsona, ale beczkowaty kształt tych ostatnich nie może być wyrazem zaniku z powodu zaburzeń w procesie zwapnienia. Wedle autorów powstają zęby Hutchinsona z powodu niedorozwoju kości międzyszczękowej i to najbardziej w linji środkowej, co się uwydatnia w większej częstości tych zmian w środkowych siekaczach. Gdy zmiany Hutchinsona są wybitniejsze, zęby wydają się nam krótsze, często wynika z tego powodu otwarty zgryz, a w przypadku Buschkego wogóle brakło kości międzyszczękowej. Przyczyna powstawania zębów Hutchinsona leży zatem w specyficznym procesie kiłowym, w miejscu zrostu chrząstkowego, w linji środkowej, podobnie jak się tworzą inne zmiany kiłowe w okolicy trzonu i nasady długich kości organizmu. *Brill* (Lwów).

***Haden.* (Kansas City). Wybiórcze umiejscowienie oczne drobnoustrojów z zakażonych zębów. Arch. Int. Med. 32. 1924/II. Nr. 6. p. 828.**

Autor miał możność spostrzegania zmian wywołanych eksperymentalnie w oczach królików przez wstrzykiwanie paciorkowców pochodzących z ognisk okołozębowych chorych, cierpiących na oczne sprawy zakaźne. Wyniki w ten sposób uzyskane dostarczają pewnych danych odnośnie do prawdziwości teorji „umiejscowienia wybiórczego“ i związku pomiędzy zakażeniem a sprawą chorobową. Zakażenia oczu spostrzegane u zwierząt po wstrzykiwaniach dożylnych mogą stanowić część rozległych zmian posoczniczych połączonych ewentualnie z zakażeniem układu nerwowego ośrodkowego lub specjalnem umiejscowieniem w oku. Zmiany w oczach dają się spostrzegać tylko w niewielkim odsetku przy zakażeniach doświadczalnych. Opis eksperymentów własnych autora poprzedza wymienienie autorów, którzy przedewszystkiem daną sprawą się zajmowali. Rosenow znalazł zakażenie oczu u 32 zwierząt na 833, którym wstrzy-

knięto hodowle drobnoustrojów różnego pochodzenia. Moody uzyskał zakażenia oczu w 1·7% zwierząt, którym wstrzykiwał drobnoustroje, pochodzące z ognisk okołozębnych. Łatwość bezpośredniego i wziernikowego spostrzegania zmian ocznych ułatwia w wysokim stopniu odnośne badania. Ścisły związek kliniczny między zakażeniem ustnem, a zakaźnemi sprawami jagodówki znany jest od dawna, Black, Butler, Lang, Schweinitz, Irons, Brown, Nadler wywołali u królików w wielkim odsetku zmiany w oczach przez dożylne wstrzyknięcie świeżych hodowli paciorkowców pochodzących od chorego, cierpiącego na dacryocystitis i iritis. Rosenow, Meisser i Gardner opisali podobny przypadek. Autor posługiwał się techniką Rosenowa, przyczem otrzymał dodatnie hodowle z wierzchołków korzeniowych lub z miazg zębowych piętnastu chorych cierpiących na przewlekłe zakażenia oczu. Przytem znalazł paciorkowce i gronkowce. Z zaszczepionych dożylnie 66 królików wystąpiły u 45 zmiany w oczach. Materjał zakaźny pochodził od czternastu chorych. Dla kontroli zaszczepił 169 królików hodowlami z zębów osób cierpiących na choroby inne, niż oczne. Z tych tylko 25 miało zmiany w oczach; u 12 równocześnie z meningitis, u większości pozostałych rozwinęła się posocznica. Najczęstszą zmianą było zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. Ten stosunek częstości (68·2% do 14·8%) można wytłumaczyć tylko przypuszczeniem własności powinowactwa wyborowego u paciorkowców przez co stwierdza się teorja Rosenowa. Przytem udało się wywołać zmiany hodowlami uzyskanemi z zębów nie okazujących zmian przy badaniu promieniami Roentgena. Wielkie ilości drobnoustrojów dawały się wyhodować z wierzchołków, dookoła których brakło jeszcze takiego zniszczenia kości, by dać wyraźny obraz roentgenowski. A jednak zęby takie często się pozostawia w szczękach na podstawie obrazu roentgenowskiego nawet przy obecności poważnych przerzutowych zmian w narządach, kiedy usunięcie ognisk zakaźnych jest bezwzględnie wskazane. Nawet przy braku zmian okołowierzchołkowych, a tylko z zapalenia zmienionej miazgi zębowej udało się wyhodować paciorkowce, które wywołały u królików zapalenie tęczówki. *Allerhand* (Lwów).

Heise. **(Roztoka) Chyżyść opadania krwinek czerwonych w ropotoku zębodołowym. Z. Mitteil. 15. 1924. Wiss. Beil. Nr. 1.**

Czynnikiem bezpośrednio wpływającym na chyżość opadania krwinek czerwonych jest zlepność ich (aglutynacja), skutkiem czego chyżość wzmaga się równolegle ze zwiększoną zlepnością. Co do powodów zlepności, przeciwstawić można dwa poglądy: Hoeber, Faehraeus, Linzenmeier widzą przyczynę zlepności w wyładowaniu ujemnie naładowanych krwinek czerwonych, tłumacząc to w sposób następujący: krwinki czerwone posiadają w warunkach prawidłowych ładunek ujemny i wskutek tego odpychają się wzajemnie. W stanach patologicznych w których chyżość opadania się zwiększa, tworzy się w większej ilości „aglutynina", ciało białkowe, posiadające ładunek dodatni i powodujące w większym lub mniejszym stopniu wyładowanie krwinek czerwonych. Skutkiem tego zmniejsza się wzajemnie odpychanie krwinek czerwonych, co sprzyja zlepieniu. Skutkiem tego zmniejsza się powierzchnia ciałek czerwonych i zwiększa się chyżość opadania. Sachs i Oettingen natomiast czynią odpowiedzialną za

różny stopień zlepności i chyżości opadania krwinek zmienną budowę fizykalną osocza krwi. W każdym razie przedstawia opadanie krwinek sprawę dość powikłaną, zależną zarówno od zmian w krwinkach, jak i od zmian w osoczu, na którego stan składają się różne czynniki, jak lepkość, napięcie powierzchniowe, ciepłota itp. Co do krwinek, to ciężar właściwy ich, zwłaszcza w stosunku do osocza, nie jest bez znaczenia; im większy ciężar właściwy krwinek w stosunku do ciężaru właściwego osocza, tem chyżość opadania będzie większa, jak to wykazał Abderhalden. Pozatem również ilość krwinek odgrywa pewną rolę: krwinki opadają tem szybciej, im mniejsza jest ich ilość. Heise usiłował w badaniach swych odpowiedzieć na następujące pytanie: „Jak przebiega opadanie krwinek czerwonych u ludzi cierpiących na ropotok zębodołowy?“ zwłaszcze, że inne badania, przedsięwzięte przez M. Reinmoellera zdają się dowodzić związku pomiędzy ropotokiem a zaburzeniami wydzielania wewnętrznego. Rozpad pewnych gruczołów dokrewnych zmienia wtedy skład krwi, co powoduje zmiany w chyżości opadania krwinek. Metodyka autora była następująca: do probówki, zawierającej jeden cm sześcienny 5%-wego cytrynianu potasowego, wlewał 5 *cm* sześć. krwi wziętej z żyły ramieniowej, wstrząsał i wlewał do probówek o świetle 6·5 *mm* do wysokości 80 *mm* i spostrzegał chyżość opadania w stałych odstępach czasu. W stojaku Abderhaldena ustawiał 20 nakrytych probówek celem równoczesnego wykonania badań kontrolnych. Badał 30 przypadków ropotoku ząbodołowego i tyleż kontrolnych i doszedł do wyników następujących: Chyżość opadania krwinek czerwonych u zdrowych mężczyzn w wieku 20—30 lat nie cierpiących na ropotok zębodołowy, wynosiła w 60 minutach przeciętnie 6 *mm*, w 120 minutach 13 *mm*; 25 mężczyzn chorych na ropotok zębodołowy w 60 minutach przeciętnie 10 *mm*, w 120 minutach 21 *mm*. U kobiet, u których już w warunkach prawidłowych chyżość opadania krwinek jest 2 do 3 razy większa, znalazł u sześciu zdrowych nieciężarnych bez ropotoku zębodołowego w 60 minutach 10 *mm*, a w 120 minutach 28 *mm*, u kobiet cierpiących na ropotok w 60 minutach przeciętnie 17 *mm*, w 120 minutach zaś 35 *mm*. Z tego widać, że przy ropotoku zębodołowym zachodzi dość znaczne przyśpieszenie opadania krwinek, co przemawia też na korzyść poglądu, że ropotok zębodołowy nie jest schorzeniem miejscowem, gdyż znachodzimy zmiany we krwi, które może wynikają ze zmian w gruczołach dokrewnych.

Allerhand (Lwów).

***Krogius*. (Helsingfors). Czy zapalenie wsierdzia występujące przy ostrym gośccu stawowym jest powikłaniem czy też schorzeniem pierwotnem. MMW. 70. 1923. Nr. 11. p. 328.**

Autor przytacza na początku zdanie Lasègue'a: „Ostry gościec liże stawy a kąsa serce“. Leczenie salicylem pozostaje bez skutku na częstość występowania zapalenia wsierdzia. Fałszywym jest pogląd, że wielokrotne zapalenia stawów, czyniace całem swem występowaniem wrażenie spraw zatorowych, są schorzeniem pierwotnem, a zapalenie wsierdzia, któremu przecież towarzyszą zatory, sprawą następową, lub w najlepszym razie współrzędną. Autor przyszedł do przekonania, że sprawa wzajemnej zależności gośćca i zapalenia wsierdzia nie jest jeszcze ostatecznie zadecydowana. Hueter (1870) wypowiedział już pogląd, że endocarditis jest

schorzeniem pierwotnem, a gościec schorzeniem wtórnem. Zdaniem Weintrauda (w podręczniku Krausa-Brugscha) towarzyszy każdemu ciężkiemu przypadkowi gośćca u dzieci zapalenie wsierdzia, u dorosłych waha się częstość 20—70%. Lecz rozpoznanie endocarditis jest w początkach cierpienia bardzo trudne i niepewne. Szmery słyszane nad koniuszkiem serca przy gośćcu tłumaczy się jako dodatkowe, lecz mogą one stanowić pierwszy objektywny objaw istniejącego zapalenia wsierdzia. Statystyka sekcyjna ze szpitala św. Wita (Guys Hospital) w Londynie wykazuje, że na 1052 chorych z gośćcem zmarło 42 w czasie ostrego napadu i u wszystkich, z wyjątkiem jednego przypadku meningitis, znaleziono zapalne zmiany na wsierdziu. Również dane kliniczne wskazują na to, że chronologicznie najpierw zastawki bywają zajęte, potem stawy. Aschoff twierdzi, że ostry gościec stawowy powodują streptokoki i stafilokoki, do tego zdania przyłączają się klinicyści: Sahli, Strümpell (osłabione zakażenie posocznicze). Inni twierdzą, że te drobnoustroje pochodzą od zakażenia wtórnego, a rzeczywisty drobnoustrój etjologiczny dotychczas nie jest znany (Romberg). Jochmann przyznaje obecność paciorkowców przy endocarditis lenta. Poglądy współczesne idą w tym kierunku, że zarówno schorzenia stawów jak i zapalenia wsierdzia i inne powikłania wywołane są nie bezpośrednio przez drobnoustroje, lecz przez ich jady względnie przez rozłożone pod wpływem ich działania białko ustroju. (Rodzaj anafilaksji). Lecz znacznie naturalniejszym i prostszym jest pogląd, że pierwotnem miejscem zakażenia jest wsierdzie, skąd zarówno gościec jak i inne objawy zatorowe biorą początek. Podobnie dałby się wytłumaczyć t. zw. „rhematismus nodosus", dający liczne guzki w tkance podskórnej, jak również i „erythema nodosum" tudzież guzki Aschoffa w mięśniu sercowym. Sprawę, czy rzeczywiście we wszystkich przypadkach ostrego gośćca stawowego znajduje się zapalenie wsierdzia, trzebaby stwierdzić przez badania szczegółowo w tym kierunku prowadzone, pamiętając przytem, że ostre zapalenia stawów mogą się rozpoczynać wprost z jakiegoś ogniska, w ciele bez pośrednictwa wsierdzia, jako t. zw. przerzuty bezpośrednie. W każdym razie wymagają dotychczasowe niewystarczające próby wyjaśnienia patogenezy ostrego gośćca stawowego dokładnej rewizji pod podanym powyżej kątem widzenia.

Allerhand (Lwów).

***Trebitsch.* Rivanol i stryphnon. Z. R. 1925. Nr. 8.**

Autor omawiając zalety riwanolu, który stosował ze skutkiem w wielu przypadkach, powołuje się ogólnie na prace Morgenrotha i Ehrlicha, którzy wprowadzili do lecznictwa chemoterapję, polegającą na wstrzykiwaniu do krwiobiegu środków antyseptycznych dla stłumienia infekcji w ustroju, jakoteż na wstrzykiwaniu w tkanki dla zniszczenia drobnoustrojów a przedewszystkiem łańcuszkowców i gronkowców, dalej powołuje się na pracę Rosensteina o riwanolu; Rosenstein stosował go ze skutkiem przy furunkulosie, abscesach, parulis itd. zmieniając dawną tezę: „ubi pus ibi evacua!" na „ubi infectus ibi sterilisa!" Rosenstein używał ze skutkiem do injekcji rozczynu riwanolu-nowokainy $^1/_{500}$.

Na podstawie doświadczeń Rosensteina i Biera autor twierdzi, że riwanol na tkanki szkodliwie nie działa, bólów nie wywołuje, nawet obniża

bóle. Trebitsch stosował riwanol przy zapaleniu ozębnej z obrzękiem i silnemi bólami, wstrzykując po stronie wargowej i językowej po 1 cm^3 rozczynu riwanolu-nowokainy $^1/_{500}$ w kierunku wierzchołka korzenia; przy obrzęku wstrzykuje również na granicy tegoż obrzęku w kierunku wierzchołka korzenia. We wszystkich przypadkach zauważył, że wszelkie bóle najdalej po 2 godzinach ustępują; w miejscu injekcji pozostaje lekki obrzęk, odpowiadający ilości wstrzykniętego płynu. Obrzęk przy periodontitis natychmiast ustępuje, tak, że na drugi dzień niema śladu tego obrzęku, jakoteż bolu, tak że można przystąpić do trepanacji zęba. Stosuje również riwanol przy leczeniu korzeni, maczając igiełkę owiniętą watą w płyn ten i posypując jeszcze sproszkowanym riwanolem. Rozczyn ten stosuje ze skutkiem przy stomatitis jako płukankę a ponadto z dobrym skutkiem przy ropotoku zębodołowym. 25 gr. wody w naczyniu porcelanowem gotuje aż do kipienia, do tego dodaje się pół pastylki riwanolu 0·05 i 0·05 soli kuchennej; po rozpuszczeniu się tegoż dodaje się do gotującego się jeszcze rozczynu pół pastylki nowokainy-suprareniny (Now. 0·125 Supr. 0.000125). Rozczyn ten trzyma w sterylizowanej brunatnej flaszce.

Autor radzi co 3 dni robić świeży rozczyn, gdyż bardzo szybko ulega rozkładowi, przyczem pozostaje zmętnienie, a na dnie naczynia osadza się riwanol w formie proszku. Rozczyn sam sobie przyrządza gotując. Oprócz riwanolu wspomina autor o stryfnonie, pokrewnym adrenalinie. Jest to proszek biały, który na błonie śluzowej żadnego drażnienia nie wywołuje; w handlu mamy watę i gazę nasiąknięta nim. Trebitsch używa tej waty przeciw wszelkiemu krwawieniu, które natychmiast ustępuje; bardzo to korzystne zwłaszcza przy ubytkach szyjkowych, gdzie przy preparowaniu bardzo często dziąsło zostaje zranione i uniemożliwia pracę. *Majer* (Lwów).

Kulenkampf. **Rwa nerwu trójdzielnego i jej leczenie. Münch. Med. Woch. 1925 nr. 6. pag. 224.**

Wedle Kulenkampfa neuralgja nerwu trójdzielnego jest osobnem dla siebie schorzeniem, które niema nic spólnego z innemi schorzeniami, wywołującemi ból w zakresie nerwu trójdzielnego. Neuralgja wywołuje objawy przedmiotowe i podmiotowe. Do subjektywnych należą: nagłe, gwałtowne ataki bólu, trwające kilka sekund, napady parestezji i mięszane napady. Napady parestezji tłumaczy chory jako uczucie elektryzacji, kręcenia, strzelania i t. p. Po kilku chwilach przechodzą w ataki bólu ale nie zawsze. Do mięszanych ataków należą bóle i parestezja naprzemian. Ponadto uczucie wyczerpania, nieraz zawroty głowy i uczucie ciepła. Do objektywnych objawów należą zaburzenia wchodzące w zakres unerwienia współczulnego; nagłe łzawienie, zaczerwienienie twarzy po stronie schorzałego nerwu, zwężenie szpary powiekowej, zwężenie lub rozszerzenie źrenicy, drganie mięśni twarzowych; nieraz zauważył autor luksację szczęki dolnej, nagłe poty, ślinienie, nieraz troficzne objawy, jak połyskująca skóra, pigmentacja, wypadanie włosów, ale te ostatnie bardzo rzadko. Charakterystycznem jest to, że w okresach międzynapadowych brak wszelkich objawów. Wszystkie te objawy należy tłumaczyć zaburzeniami unerwienia współdzielnego a więc nie nerw trójdzielny i zwój

Gassera są chore, gdyż anatomo-patologicznie niczego dotychczas stwierdzić nie można było, tylko nagły spastyczny stan małych naczyń, wychodzących z carotis do zwoju Gassera, wywołuje te napady bólu, co też tłumaczą objawy podmiotowe, że mamy tu do czynienia z sympatykotonją twarzy. Puntem wyjścia tych nadadów jest zawsze zwój Gassera, niema więc wobec tego żadnych obwodowych i centralnych neuralgji. Charakterystycznem jest to, że wszelkie podrażnienia skóry (czy to przez przeciąg powietrza, przez czyszczenie zębów) wywołują te napady. Ta okoliczność, że podrażnienia zębów są powodem tych napadów, może wywołać nieraz nieprzyjemne skutki dla chorego, który wychodząc z założenia, że zęby są powodem tych ataków, daje sobie je powyjmować bez względu na to czy są w dobrym, czy w złym stanie co naturalnie pozostaje bez skutku.

Leczenie neuralgji dzielimy na 3 etapy: 1. fizykalno-medykamentarny (leczniczy), 2. injekcje alkoholowe, 3. chirurgiczny.

Pierwszy etap, podczas którego obserwujemy chorego, polega na tem przedewszystkiem, że chorego uświadamiamy co do jego stanu choroby, a mianowicie mówimy mu, że posiada nadwrażliwy system nerwowy, który wywołuje te ataki. Ponadto podajemy małe dawki atropiny przez 3—4 tygodni, 3 razy dziennie po 3—9 kropli rozczynu atropiny 1/1000 (0·05/50), ostatnią, najwyższą dawkę 8 kropli przez 5 dni a później stopniowo zmniejszyć dawkowanie. Atropina służy do hamowania wysoce wrażliwego systemu współczulnego. Obok atropiny leczymy fizykalnie okładami ciepłemi, zimnemi, kąpielami, naświetlaniem, elektryzowaniem, masażami; kuracja olejem rycynowym, przyczem przychodzi do podrażnienia systemu nerwowego brzusznego sympatycznego co działa odciążająco na sympaticus twarzy.

Po tym pierwszym etapie przychodzi drugi: wstrzyknięcia alkoholowe i to jedynie do ganglion Gasseri. Należy zupełnie zarzucić Schösserowskie wstrzyknięcia, które do rezultatu żadnego nie prowadziły a natomiast dały niemiłe komplikacje, jak szczękościsk, porażenie n. facialis. Injekcja w Ganglion odpowiada jego ekstyrpacji i uzdrawia pacjenta, ponadto metoda wstrzykiwania wcale nie jest niebezpieczna, jeśli tylko umiejętnie zostanie przeprowadzona. Metoda ta Härtla, wedle której autor blisko 100 wstrzyknięć przeprowadził, okazała się najlepszą; tylko w pojedynczych wypadkach, gdzie są wielkie blizny wskutek Schlösserowskiego wstrzyknięcia użył autor drogi przez orbitę.

Trzeci etap stanowi chirurgiczny zabieg. Jest nim wedle autora ekstracja Thierschowska a to przedewszystkiem drugiej gałęzi, która właśnie wpływa na Ganglion. Basalnych resekcji, podobnie jak basalnych wstrzyknięć należy unikać. Wytwarzają olbrzymie blizny i wtedy tylko pomagają, jeśli się także odpowiednie komórki zwojowe wyrwie. Takie ekstyrpacje wedle Krause-Lexera należy na korzyść przecięcia pozazwojowego zarzucić. Zanim się przystąpi do ekstyrpacji. należałoby jeszcze spróbować zoperować sympaticus, w formie odsłonięcia carotis interna.

Majer (Lwów).

STOMATOLOGJA OPERACYJNA.

Loos. **(Praga). Nowe sposoby replantacji zębów z uwzględnieniem własnego sposobu ich ustalania. V. f. Z. 1924. nr. 2 i 3. pag. 129.**

Pod słowem replantacja (ponowne wszczepienie) rozumiemy ponowne wsadzenie zęba do zębodołu, z którego został usunięty umyślnie lub niechcący. Według autora następujące schorzenia mogą byc uważane za wskazanie do replantacji:

1. pulpitis acuta, 2. pulpitis chronica, 3. gangraena pulpae totalis sine periodontitide, 4. gangraena pulpae totalis cum periodontitide, 5. abscessus alv. chron. cum fistula gingivae, 6. phlegmone acuta septica osteoperidentalis, 7. abscessus interradicularis.

Mamy dwa rodzaje zabiegów: jednoczasowe i dwuczasowe. Pierwszy rodzaj polega na tem, że na jednem posiedzeniu usuwa się ząb i po odpowiednich zabiegach wsadza się z powrotem do zębodołu.

Drugi rodzaj — po usunięciu zęba czeka się począwszy od 1 godziny do 24 godzin, aż się ząb wsadzi ponownie do zębodołu. Ten właśnie rodzaj stosujemy przy sprawach ropnych i przy nacieczeniach części miękkich. Jednakże replantację dokonać można jedynie gdy objawy ostre przejdą.

Co się dzieje z miazgą replantowanego zęba? Dawniej myślano, że miazga po takim zabiegu wraca do stanu pierwotnego, dziś wiemy, że tak nie jest i że nawet stosunkowo niewinne redressement forcé wywołuje obumarcie miazgi. Badania histologiczne Fredla, potwierdzone badaniami Scheffa, dowiodły, że miazga replantowanego zęba ulega martwicy. Jednocześnie wyżej wymienieni Fredel i Scheff wytłómaczyli objaw krwawienia z komory takiego zęba, który polega na tem, że ozębna jak wiadomo — posiadająca obficie naczynia wskutek wchłonięcia korzeni dostaje się do komory zęba przez szeroki otwór szczytowy i całkowicie tę komorę wypełnia.

Bóle w replantowanym zębie są pochodzenia ozębnego.

P r z y g o t o w a w c z e ś r o d k i d o w y k o n a n i a z a b i e g u r e p l a n t a c j i: 1. Zdjęcie roentgenowskie, 2. Znieczulenie, 3. Należyte odkażenie pola operacyjnego, 4. Usunięcie zęba.

P o s t ę p o w a n i e z z ę b o d o ł e m: Zębodół należy gruntownie wyłyżeczkować. zwłaszcza, gdy były sprawy ropne: ziarniniaki i przetoki. Następnie przestrzykuje się ciepłym rozczynem soli fizjologicznej i tamponuje się lekko sterylizowaną gazą celem zapobieżenia tworzeniu się skrzepu.

P o s t ę p o w a n i e z z ę b e m: Ząb zazwyczaj dajemy do roczynu soli fizjologicznej o ciepłocie ciała. Ozębną zęba dawniej usuwano zupełnie, dzisiaj doświadczenie na zwierzętach dowiodły, że gdy ozębna jest utrzymaną, mamy gojenie per primam intentionem; w przeciwnym razie per secundam intentionem.

Po otwarciu komory zęba, odkażeniu kanałów i należytem wypełnieniu ich kością słoniową z cementem ew. parafiną, mamy ząb gotów do zabiegu. Teraz należy jeszcze ząb nieco zeszlifować na powierzchni zgryzowej, by nie był narażony na ucisk w czasie gryzienia lub żucia.

Po takiem przygotowaniu wsadza się ząb do zębodołu, przemywszy zębodół ciepłym rozczynem soli fizjologicznej.

Autor zwraca uwagę, że właśnie ten zabieg ostatni nie odbywa się tak łatwo i podaje trudności, jakie zauważył przy wsadzaniu zęba do zębodołu.

Umocowanie replantowanych zębów uskutecznia się najlepiej zapomocą t. zw. metody zaklinowania, którą autor opisuje szczegółowo. Polega ona na wprowadzeniu ćwieka z kości słoniowej w kierunku radjalnym przez wyrostek zębodołowy i ząb na wysokości połowy korzenia. Użycie tego sposobu autor poleca szczególnie *a)* przy korzeniach krótkich, *b)* przy uszkodzeniach brzegu zębodołu, *c)* przy zębach samotnie stojących, *d)* przy zębach przedtrzonowych i zębach jednokorzeniowych.

Po replantacji we wszystkich przypadkach występują zazwyczaj bóle, które łagodzimy stosowaniem ciepła (suche okłady z piasku, lampa Sollux) wewnętrznie stosujemy piramidon lub weramon, miejscowo zaś stosujemy środki odkażające.

Wynik replantancji w poszczególnych przypadkach według Römera był dobry, 1. jeśli ząb posiadał w okolicy szczytu żywą tkankę, 2. jeśli ząb możliwie szybko wrócił do swego pierwotnego położenia, 3. jeśli ozębna zębodołu posiadała pewne zdolności regeneracyjne.

Przebieg gojenia: Według Mitscherlicha powstaje synostoza, dowiódł bowiem badając mikroskopem, że tworzy się nowopowstająca kość. Fredel stwierdza, że w stosunkowo krótkim czasie w kilku dniach powstają nowe naczynia w ozębnej o wogóle ozębna się odradza i odnawia. Scheff na podstawie badań na zwierzętach znalazł, że po usunięciu zęba mamy uszkodzoną ozębnę, która po wsadzeniu ponownem zęba do zębodołu zrasta się z cementem i ozębną zęba.

Również mogą wystąpić precesy wsteczne, które łatwo spowodować mogą wypadnięcie zęba. O ile sprawy wsteczne zostaną wczas zatrzymane, powstaje kostne połączenie się zęba z zębodołem.

Zupełne wygojenie zauważono w czasie od 3 do 4 tygodni. Trwałość replantacji wynosi mniej więcej od 3 do 10 lat. Jeśli mamy zrost z zębodołem kostny, wtedy trwałość zabiegu jest dłuższa, jeśli zrost ozębnowy (z tkanki łącznej) — to krótsza. Wskazane są koniecznie zdjęcia roetgenowskie przed zabiegiem i po zabiegu, które pozwalają nam z góry ocenić stan schorzenia i dalsze postępowanie. Autor podaje 156 przypadków, na podstawie których podał pracę niniejszą. *Gorczyński* (Lwów).

***Guido Fischer*. Znieczulenie miejscowe. Fortschritte d. Zahnheilk. 1925. nr. 1. pag. 9.**

Postępy w znieczulaniu miejscowem można zauważyć w następujących kierunkach: 1. chemiczno-fizjologicznym, 2. anatomo-topograficznym, 3. technicznym.

Ad 1. Autor jest bezwzględnym zwolennikiem używania rozczynów do znieczulań, przygotowanych świeżo jałowo. Stężenie rozczynu Na Cl. nie może być mniejsze niż 0·9%, dalej należy dodawać Calc. chlor. 0·02%, oraz Kal. chlor. 0·008%. Wyciąg nadnercza najlepiej dodawać tuż przed samym zabiegiem. Wszelkie uchylenia w tym kierurku wprawdzie dają nam pożądane znieczulenie, jednak działają drażniąco i szkodliwie na tkanki; nieraz są też wady ampułki, które zawierają Nowokainę-Supraren,

wraz z wszystkiemi dodatkami naraz. Autor uważa, że najlepsze z ampułek są ampułki podwójne Woelma t. zw. Doppelampulle.

Do dziś nowokaina z suprareniną jest najlepszym środkiem znieczulającym. Najlepsze i najbardziej odpowiednie stężenie rozczynu nowokainy wynosi 1—3%.

Autor podaje przepis, według którego używa rozczynu nowokainy: Novoc. 1, 0—3, 0; Natr. chlor. 0·9, — Kal. chlor. 0·008, — Calc. chlor. 0·02, — Supr. synteth. 0·003—0·005 i Aq. dest. 100.0.

Ad 2. Znieczulenie pnia nerwowego ma pierwszeństwo przed wstrzykiwaniem pod błonę śluzową. Znieczulenie nervi maxillaris powinno się też robić intraoralnie. Wstrzykiwać należy wolno, płyn zaś musi być o temperaturze ciała.

Ad 3. Autor zaleca używać igły nierdzewiejące.

Gorczyński (Lwów).

***Bruhn.* Usunięcie progenji przez chirurgiczne i dentystyczno-ortopedyczne zabiegi. D. Zahnheilk. 1921. Sonderheft zu Ehren von Walkhoff. str. 50. ryc. 10.**

Liczne złamania szczęk, szybkie gojenie prowadzące do kostnego połączenia odłamków zaobserwowane w czasie wojny wskazały możliwość użycia metody chirurgicznego leczenia w wypadkach nieprawidłowego ustawiania szczęki tak pod względem funkcjonalnym jak i kosmetycznym. Sposób ten zastosowano w wypadku progenji, przez wycięcie części szczęki i przy pomocy dentystyczno-ortopedycznych zabiegów unieruchomienia jej i doprowadzenia do kostnego zrostu w prawidłowem ułożeniu. Z dwóch prób cytowanych przez Angle'a w wypadkach progenji, pierwsza przez wycięcie części szczęki w okolicy przedtrzonowców doprowadziła do zupełnego wyleczenia, druga jednakowoż spowodowała nekrozę szczęki prawdopodobnie wskutek użycia drucianych szwów.

Pichler przez obustronne wycięcie szczęki i zastosowanie dentystyczno-ortopedycznych zabiegów uzyskiwał zupełne wyleczenia progenji. Przecięcie wstępującego ramienia żuchwy zabezpiecza przed otwarciem jamy ustnej, dając możliwość zupełnej aseptyki jako też przed przecięciem Nervus mandibul. i art. alv. inf. Lindemann przeprowadza cięcie od nasady małżowiny poza ślinianką ku szczęce do kości pomiędzy incizurą i wejściem do can. mand. W ten sposób uzyskuje się znaczne ułatwienie w leczeniu ortopedycznem, które jest w znacznej mierze zależne od miejsca i sposobu wykonanego wycięcia części szczęki. Za szynę służą połączenia drutowe ułożone na zębach. Mimo zadawalniających wyników, które można osiągnąć drogą chirurgiczną, na pierwszem miejscu należy jednakowoż postawić leczenie progenji, leżące w ramach ortodoncji. Rozstrzygającym momentem jest stopień progenji, wiek pacjenta, ustawienie zębów i t. p.

Jankowski (Lwów).

OCENY KSIĄŻEK

Schnetzler-Eberhard. **Technik domowy. Podręcznik dla amatorów rzemiosła, z 409 ryc. stron 318 w tłumaczeniu Stanisława Gieszczykiewicza. Nakładem księgarni B. Kotuli w Cieszynie 1924 r., cena 7 fr. w oprawie.**

Książka nader pożyteczna nietylko dla młodzieży ale i osób mających styczność z różnemi rzemiosłami w życiu codziennem w swoim zawodzie. Dlatego też zawiera wiele cennych ustępów dla lekarzy-dentystów. Znajdujemy w niej narzędzia podane w rycinach i sposób ich użycia. Lekarz-dentysta może zapoznać się doskonale z rzemieślniczem mianownictwem polskiem; będzie to niewątpliwie z wielkim pożytkiem, gdyż w pracowniach naszych technicznych posługujemy się przeważnie określeniami niemieckiemi i wyrazami nie mającemi nic wspólnego z językiem polskim. Zapoznanie się z treścią tej książki powinno stanowić wstęp dla studentów dentystyki, zanim poczną zajmować się protetyką. Nauczą się obchodzić z narzędziami i celowo ich używać, a zarazem zapoznają się z zasadami mechaniki, zastosowanemi w praktyce, tak niezbędnie potrzebnemi w naszym zawodzie. Bardzo cenny jest ustęp o metalurgji oraz ustęp zawierający przepisy środków wiążących, środków do czyszczenia i szlifowania, rozpuszczalników, materjałów plastycznych, środków do konserwowania, do wytwarzania metali i t. d.

Książka obejmuje następujące rozdziały: Urządzenie warsztatu. — Zaopatrzenie się w materjały. — Narzędzia i obchodzenie się z niemi.— Obróbka materjałów. — Plany, rysunki konstrukcyjne, konstrukcje i obliczenia. — Układ metryczny: Miary długości; miary powierzchni; miary pojemności; miary objętości; ciężary. — Jednostki siły i pracy. — Jednostki elektryczne. — Jednostki temperatury i światła. — Ciężary właściwe i inne wartości różnych ciał: drzewa, metale, stopy metali. — Zastosowanie materjałów, tablice drutu. — Wzory do obliczania powierzchni objętości. — Sposoby powielania i odbijanie. — Konstrukcje łączące: stałe połączenia. — Połączenia przegubowe. — Połączenia giętkie i sprężyste. — Urządzenia domowe i naprawki: budynki i przynależności. — Murarskie roboty — Okna, drzwi, zamki i t. p. — Przewody. — Urządzenia do opalania i świecenia. — Piece. — Ogrzewanie centralne. — Regulatura wilgoci. — Przyrządy do gotowania, piece kąpielowe. — Swiece i oświetlanie naftowe. — Gaz świetlny. — Oświetlenie elektryczne. — Światło acetylenowe. — Przewietrzanie. — Ogólne uwagi. — Ciemnia. — Inne rady domowe. — Co mogę sobie sam sporządzić: należące do warsztatu. — Sporządzanie rozmaitych przedmiotów. — Sposoby. — Przepisy. — Środki wiążące: klej do papieru i tektury. — Lepiszcza do drzewa, skóry, materji i papieru. — Rozmaite lepiszcza do drzewa i papieru. — Kity. — Gips i cement. — Luty metalowe i środki do lutowania. — Środki do czyszczenia i szlifowania. — Farby, pokosty lakiery i t. p.; Smary; Rozpuszczalniki; Materjały plastyczne; Środki do konserwowania; Środki do wytrawiania metali; Powłoki do wytrawiania; Środki do odbijania; Mieszaniny chłodzące; Podpałki: Rozmaite.

Wydanie książki jest bardzo staranne, a cena jej — jak na nasze stosunki — nieproporcjonalnie niska. *A. Cieszyński* (Lwów).

Leitfaden der pathologischen Anatomie für Zahnheilkunde Studierende und Zahnärzte, von *Prof. Dr. R. Oestreich.* II. Aufl. 1920. Verl. Georg Tieme, Leipzig.

Na 129 stronach w oktawie podjął się autor niezmiernie trudnego zadania, by przystępnie przedstawić olbrzymi materjał, anatomji patologicznej. I przyznać trzeba, że istotnie mała ta książeczka ujmuje zasadnicze i podstawowe rzeczy jasno, zwięźle i przejrzyście.

Autor przedstawia metody badania makro- i mikroskopowego, opisuje zasadnicze zmiany chorobowe ze stanowiska ogólnej patologji i anatomji patologicznej, specjalny kładzie nacisk na sprawy chorobowe jamy ustnej. W niektórych opisach poprzestaje wprawdzie tylko na treściwych definicjach, posługując się przytem określeniami, których znaczenie poprzednio przedstawił, jednakowoż licznemi rycinami wzbogaca treść i uprzystępnia jej zrozumienie.

Elementarne ujęcie podstawowych wiadomości może oddać prawdziwe usługi w pierwszym rzędzie początkującym i studjującym ten przedmiot a również może służyć lekarzom dla przypomnienia sobie zatartych w pamięci wiadomości, niezbędnych w ich codziennej praktyce.

Jarząb (Lwów).

***Dr. Edward Szalit* (Tarnów): Higjena publiczna i szkolna. Podręcznik dla seminarjów nauczycielskich i nauczycieli szkół powszechnych 18 rycin, 2 tablice 1924.**

Autor, będący od wielu lat nauczycielem higjeny w seminarjum nauczycielskiem w Tarnowie, zdecydował się ogłosić na prośbę uczniów oraz nauczycieli drukiem swoje wykłady, tembardziej, że niema właściwie podręcznika uwzględniającego potrzeby przyszłych nauczycieli. Jedne z dzieł o higjenie są za obszerne, inne za mało zajmują się higjeną szkolną i zbyt pobieżnie przedstawiają zadania szkoły i nauczyciela w szerzeniu kultury higjenicznej. Szkoła, zdaniem autora, nie istnieje tylko po to, aby w oznaczonym czasie możliwie najwięcej materjału naukowego przerobić lecz i na to, aby społeczeństwu przygotować jak najwięcej ludzi dzielnych, samodzielnych i zdrowych. „Rola nauczyciela szkoły powszechnej polega nietylko na nauczaniu sztuki czytania i pisania. Nauczyciel musi poznać i zrozumieć cielesne i duchowe wady dziecka, aby nabyć pewnej wprawy w ocenianiu rozmaitych stanów chorobowych. Dlatego powinien sobie przyswoić obok innych wiadomości także zasady higjeny. Bez pomocy nauczycieli i wychowawców niema mowy o przeprowadzeniu zasad higjeny wśród młodzieży. Wychowanie higjeniczne młodzieży szkolnej powinno się odbywać nie drogą zakazu lub straszenia przed następstwami, lecz drogą rozumową, drogą oświetlania zgubnych skutków niehigjenicznego życia na rozwój fizyczny i psychiczny. Szkoła ma przez kształcenie zmysłu porządku i czystości stworzyć także podstawę dla higjeny ludu. Dlatego też nie kończy się zadanie nauczyciela w szkole. Nauczyciel nie może poprzestać tylko na uświadamianiu dzieci, on musi wejść między lud i uświadamiać także rodziców“. Ten cel przyświecał autorowi przy opracowaniu podręcznika. Zadanie było niełatwe. Chodziło o ujęcie przedmiotu w sposób naukowy i przedstawienie najtrudniejszych zagadnień higjeny w sposób przystępny, dostosowany do poziomu intelektualnego uczniów. Przyznać trzeba, że cel zamierzony został przez autora w zupełności osiągnięty. Przedstawienie rzeczy nie pozostawia nic do życzenia pod wzglę-

dem zwięzłości i plastyczności, wykład jest treściwy i łatwo zrozumiały. Rzecz cała dzieli się na następujące rozdziały: Powietrze, Klimat, Grunt, Woda, Odżywianie, Używki, Odzież, Mieszkanie i budynek szkolny, Przepisy dotyczące utrzymania czystości w szkołach, Przewietrzanie, Ogrzewanie, Oświetlenie, Usuwanie odpadków i nieczystości, Choroby zakaźne, Choroby szkolne, Choroby zawodu nauczycielskiego, Choroby innych zawodów, Lekarz szkolny i opieka lekarska w szkole, Przepisy zapobiegawcze przeciw szerzeniu się chorób zakaźnych. Wszystko to omówione zostało na 176 stronicach. Trudno zatem wymagać pewnej wyczerpującej ścisłości przy tak kursorycznem traktowaniu przedmiotu. Mimo to jednak zawiera książka wszystko, co nauczyciel wiedzieć powinien, opowiedziane stylem potoczystym i łatwo zrozumiałym, wzorową polszczyzną. Przyznając te wszystkie zalety, zwrócę się do Szanownego Autora z prośbą, aby przy przyszłem wydaniu książki, które niewątpliwie wkrótce stanie się potrzebne, zmodernizował poniekąd treść, i tak np. w rozdziale o odżywianiu uwzględnił naukę o witaminach, mającą dziś tak ogromne znaczenie, wreszcie jako stomatolog, by wtrącił ustęp nowy: O higjenie jamy ustnej w szkole, bez którego podręcznik higjeny szkolnej uważać właściwie musimy za niekompletny. *Allerhand* (Lwów).

Antoni Cieszyński: **„Die Roentgenuntersuchung der Zähne und der Kiefer“ (str. 178 rycin 207).**

W nowem (II). wydaniu dzieła Riedera i Rosenthala: „Lehrbuch der Roentgenkunde“. Nakładem J. A. Bartha, Lipsk 1924. Dział roentgenologji zębów i szczęk opracował Profesor Dr. Antoni Cieszyński ze Lwowa.

Nie będzie za mało, jeżeli powiem, że jest to rzecz skończona. Nie spotyka się pracy naukowej, której przedmiot byłby tak wyczerpująco, rzeczowo i zrozumiale traktowanym i któraby zawierała tyle oryginalnych pomysłów; bo też Cieszyński jest jednym z najpoważniejszych twórców roentgenologji stomatologicznej. Po wstępnem opisaniu przyrządów służących do celów roentgenologji stomatologicznej, przechodzi autor do nauki o rzutach. (Projektionslehre und spezielle Technik), którą opracował z niebywałą precyzją. Nader interesującą jest metoda autora rozpoznawania położenia ognisk chorobowych, toczących się naokoło szczytu korzeni, zaś wielkiem ułatwieniem w wykonywaniu śródustnych radiogramów dolnych przedtrzonowych i trzonowych stanowi trzymadło do filmów pomysłu Cieszyńskiego. W radjografji extraoralnej, t. z. „Czapka“ (Einstellkappe) Cieszyńskiego stanowi jedyny sposób do otrzymywania szczególnie dokładnych radjogramów, które można powtórzyć z tą samą precyzją w każdym czasie, co ułatwia niezmiernie śledzenie procesu chorobowego.

Dużo uwagi poświęca autor formie zgryzu i wynikającej stąd zależności kąta rzutu. Niemniej dokładnie opracowaną jest technika zdjęć stereoskopowych, w której dotychczasowe trudności i niedokładności usuwa użycie płytki pomysłu Cieszyńskiego, na której są oznaczone kąty rozbieżności (Bissplatte n. Cieszyński). Część kliniczna pracy rozpoczyna się od rozpoznawania zmian w powstawaniu zębów i zmian wrodzonych zębów i szczęk. W dalszym ciągu przechodzi autor do rozpoznawania roentgenologicznego poszczególnych schorzeń. Szczegółowo opracowane zmiany chorobowe ozębnej szczytowej i parodontalne, zmiany po pewnych

zabiegach, jak przebicie świdrem i t. d. Rozpoznaniu i podziałowi t. zw. ropotoku zębodołowego (pyorrhoea alveolaris) poświęca autor szczególną uwagę. Szczegółowo opracowanym jest dział ziarniniaków, torbieli, nowotworów, zmian w jamach kośćca twarzowego w związku ze schorzeniem zębów, dalej rozpoznawanie zmian pourazowych i kontrola przebiegu leczenia operacyjnego.

Książka Cieszyńskiego jest dziełem pierwszorzędnej wartości naukowej. Wydana zbytkownie z wielu doskonałemi rysunkami i szkicami oryginalnemi, stanowi ozdobę literatury roentgenologicznej.

Praca ta wyjdzie niebawem jeszcze jako osobna książka w fornie rozszerzonej z dodaniem przeszło 200 rycin, zawierających reprodukcje oryginalnych negatywów. *Dębicki* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

THE DENTAL COSMOS. LXVII. 1925.

Nr. 1.

Höjer, Westin. Szczęki i zęby u świnek morskich cierpiących na gnilec.
Peck. Lekarski punkt widzenia na zakażenie ogniskowe.
Posner. Ostrożności prsy znieczulaniu miejscowem.
Berman. Związek pomiędzy zębami a gruczołami o wydzielaniu wewnętrznem.
Brody. Znaczenie środków do czyszczenia zębów w dentystyce zapobiegawczej.
Locher. Wyjęcie zęba u osobnika z krwawiączką.
Howard. Porcelanowa korona okrywkowa i wypalane porcelanowe człony mostków.
Hooker. Etjologja ropotoku.
Anthony. Sprawozdanie komitetu mianownictwa.
Nodine. Nerwoból górnej kończyny spowodowany kawałkiem stali na nerwie żuchwowym.
Miller. Sprawozdanie komitetu postępu dentystycznego.
Swank. O uzupełnieniach z punktu widzenia zgryzu urazowego.

Nr. 2.

Hall, Westbay. Czynnik bakteryjny w ropotoku zębodołowym.
Connors. Odczyn tkanek w stawie żuchwowym po utracie zębów.
Maier. Wkładki pośrednie.
Crowell. Wpływ zmian wosku i masy osłaniającej na wymiary odlewów.
Crasson. Rozedma twarzy.
Folstein. Leczenie ropotoku lampą kwarcową.
Vanhorn. Usunięcie czynników przypadkowych przy sporządzaniu odlewów.
Kanner, Remy. Folklor dentystyczny.
Hellman. Żywność a zęby.
Lake. Promienie pozafjołkowe w zmianach ustnych.

Nr. 3.

Washburn. Historja i rozwój nauki o zgryzie.
Schermerhorn. Działanie djastazy w ślinie ludzkiej.
Drury. O leczeniu przetok zatoki Highmora.
Nodine. O chirurgicznem usuwaniu zębów i przygotowanie zębów pod dostawki całkowite.
Arnone. Leczenie promieniami zamiast leczenia chirurgicznego.
Stallard. Wpływ przyciskania głowy do poduszek u dzieci na rozwój uzębienia.
Harper. Technika amalgamu.
Blum. Współczesne poglądy na leczenie różnych chirurgicznych zmian w jamie ustn.
Wadsworth. Badanie i leczenie twardych i miękkich tkanek jamy ustnej jako wstęp do sporządzenia dostawek.
Moose. Apel o częstsze używanie bezwodnika podazotowego w dentystyce.
Levine. Rozpoznanie ustne; jego znaczenie w codziennej praktyce.
Brown. Operacja mająca na celu rekonstrukcję prawidłowych rysów twarzy i uzębienia.
Dunning. Co to jest „chirurgja ustna?"

Nr. 4.

Washburn. Historja i rozwój nauki o zgryzie (c. d.).
Limberg. Przypadek wielokrotnych torbieli zawiązkowych.
Goldman. Zapalenie zatoki szczękowej.
Thorleif. Gruczoły wewnętrznego wydzielania w stosunku do kości i zębów.
Hellman. Mianownictwo ortodontyczne.
Johnson. Stosunek ortodoncji do dentystyki.

Haden. Rozpoznanie roentgenograficzne zakażenia okołowierzchołkowego w świetle badań bakterjologicznych.
Freedman. O dostawkach.
Viau. „Gardette“. 1756—1831.
Crane. Co to jest rozpoznanie dentystyczne.
Byrnes. Wychowanie dentystyczne.
Nemoff. Stosunek pacjenta do lekarza.
Williamson. Stosunek dentystyki do urologji w sprawie zakażenia ustnego.
Donawa. Formaldehyd w leczeniu korzani.

Nr. 5.

Haden. Badania doświadczalne nad związkiem między zakażeniami zębowemi a chorobami ogólnemi.
Ellis. Leczenie zapalenia dziąseł.
Millberry. Plan studjów dentystycznych.
Tishler. Niepowodzenia przy leczeniu chorób ozębnej.
Harrison. Dyskusja w sprawie chirurgji ustnej.
Hovestad. Porcelana dla pojedynczych zębów i mostków.
Sonnet. Użycie cynfolji przy sporządzaniu dostawek.
Cahn. Wpływ gruźlicy na zęby, dziąsła i szczęki.
Angle. Równowaga.
Furby. Linja zgryzowa.
Knox. Ortodoneja zapobiegawcza.
Moore. Akriviolet.
Spenadel. Retraktor do zmniejszenia wyrostka zębodołowego przy wydatności szczęk.

Nr. 6.

Bodecker. Zmiany w zębach od młodości do późnego wieku.
Luciani. Zakażenie ustne a zaleganie pokarmów.
Friedman. Znieczulenie miejscowe.
Erikson. O łuku wstęgowym.
Endelman. O rozwoju ideału ortodontycznego.
Barrett. Anatomja wewnętrzna zęba ze szczególnem uwzględnieniem miazgi.
Harris. Etjologja próchnicy zębowej.
Freedman. O znaczeniu raka dla dentysty.
Franken. O dentystycznem zaopatrzeniu chorych szpitalnych.
Kells. Nadżerki zębowe.
Keyser. Wychowanie dentystyczne.
Parsons. Leczenie promieniami zastosowane w dentystyce.

THE DENTAL ITEMS OF INTEREST. XLVI. 1924.

Nr. 7.

Jordon. Pierwszy stały trzonowiec.
Hyatt. Jak traktować szczeliny zgryzowe?
Hertz. Pedodontia.
Legroo. Modele, matryce.
Pollia. Zasady roentgenografji dentystyczn.
Daniels. O wyciskach dolnych.

Nr. 8.

Jordon. Amputacja miazgi w niedorozwiniętych zębach stałych.
Dimas. Konserwacja zębów mlecznych.
Legroo. Ceramika dentystyczna.
Pollia. Roentgenografja dentystyczna.
Nelson. Przygotowanie chirurgiczne ust przed dostawkami.

Nr. 9.

Jordon. Amputacja miazgi.
Gillett. Wkładka złota.
Legroo. Dobieranie barwy.
Jones. Związek między niedoborem żywnościowym a próchnicą.
Nelson. Materjały odciskowe.
Burch. Nauka i rozsądek w sprawie zgryzu.

Nr. 10.

Jordon. Zapobieganie nieregularnościom zgryzu.
Gentilly. Przemówienie.
Legroo. Historja, skład i przygotowanie porcelany.
Pollia. Zasady roentgenografji dentystyczn.
Clark. Etylen w eksodoncji.
Tishler. Zagadnienia zgryzu.
Jaquette. Stanowisko praktyka dentystycznego do schorzeń dziąsła.

Nr. 11.

Jordon. Zapobieganie nieregularnościom zgryzu.
Tracy. Wybór materjału plombowego.
Legroo. Piec do wypalania porcelany.
Pollia. Zasady reontgenografji dent.
Nelson. Dostawki całkowite.

Nr. 12.

Jordon. Wpływ odżywiania na zęby.
Legroo. Wypalanie porcelany.
Pollia. Zasady roentgenografji.
Nelson. Dostawki całkowite.
Higley. O ciśnieniu krwi.
Bishop. Dbałość o oczy.
Leahy. Choroby układu nerwowego.
Truslow. Postawa a nogi.
Andrews. Rozpoznawstwo chorób skórnych.

XLVII. 1925.

Nr. 1.

Legroo. O wypalaniu porcelany.
Pollia. Zasady roentgenografji dentystyczn.
Jones. Dziecko a eksodoncja.
Leach. O odporności.
Kennedy. O dostawkach częściowych.
Planter. Odżywianie jako czynnik zdrowia u dzieci.
Poolle. Ćwiczenia fizyczne a zdrowie.
Prinz. Język czarny.

Nr. 2.

Legroo. Technika koron przednich.
Pollia. Szczegóły techniki roentgenograficznej.
Nelson. Technika dostawek całkowitych.
Kennedy. Modele próbne.
Ash. Rozmieszczenie nacisku w mostkach.

Nr. 3.

Eugene Solomon Talbot. (Nekrolog).
Legroo. Technika koron przednich.
Pollia. Zasady roentgenografji dent.
Jones. Pewne punkty rozpoznawcze w znieczulaniu.
Nelson. Technika dostawek całkowitych.
Kennedy. O dostawkach częściowych.

Nr. 4.

Haden. Zakażenie zębowe a choroby ogólne.
Legroo. Korony na przednie zęby.
Gough. Możliwości fizjologicznego leczenia ortodontycznego.
Eisenburg. Wzrost a zniekształcenia.

Nr. 5.

Hyatt. Dentystyka zapobiegawcza,
Growell. O cementach krzemianowych.
Legroo. Korony okrywkowe (jacket).
Pollia. Zasady techniki roentgenografji dent.
Nelson. Względy estetyczne przy ustalaniu żuchwy do szczęki.
Kennedy. Odciski częściowe.

Nr. 6.

Hyatt. Dentystyka zapobiegawcza.
Pollia. Zasady roentgenografji dent.
Palmer. Wybór środka znieczulającego przy zabiegach chir. w jamie ustnej.
Tishler. Leczenie ropotoku.
Kenncdy. Odciski częściowe.

REVUE BELGE DE STOMATOLOGIE. XXII. 1925.

Nr. 1.

Coster. Leczenie protetyczne rozszczepów podniebiennych.
Polus. Pokrycie miazgi azotanem srebrowym.
Mosuenck. Przerzut raka piersi na szyi.
Mosuenck. Ropień śródoczodołowy pochodzedzenia zębowego.
Lecrenier. Punkt styczny w wypełnieniach amalgamowych.
Lecrenier. Wyrób kółek karborundowych.

Nr. 2.

Rubbrecht. Opaski ortodontyczne.
Polus. Wyleczenie dwóch przypadkéw nerwobolu twarzowego przez zabiegi dentystyczne.
Vanderghinst. Kamień w przewodzie Whartona.
Vanderghinst. Zapalenie szczęki dolnej z powodu zakażonego zęba trzonowego.
Boisson. Torbiel i ropień przewlekły języka.
Lecrentcr. Znieczulenie zębiny chlorkiem etylowym.

TANDLAEGEBLADET. XXVIII. 1924.

Nr. 4.

Heijde. O zdobnictwie zębów w przedhistorycznym Ekwadorze.
Wetzell. Połknięcie dostawki zębowej z wynikiem śmiertelnym.

Nr. 5.

Bramsen. Czynnik zębowy i psychiczny w sprawie odżywiania.

Nr. 6.

Haderup. Przesunięcie zgryzu.
Mehlsen. O trypaflawinie i jej zastosowaniu w stomatologji.
Williger. Stomatitis aphtosa.

Nr. 7.

Melchior. Zapalenie kości szczękowych po wyjęciu zębów.

Nr. 8.

Gormsen. Współczesne zapatrywania na sposób brania odcisków przy dostawkach całkowitych.
Moral. O zaopatrzeniu rany pn odcięciu wierzchołka korzenia.

Nr. 9.

Rosthöj. Znaczenie lecznicze prom. Roentg.
Brekhus. Zęby z żywą miazgą jako filary mostkowe.

Nr. 10.

Bjerregaard. Kontrola regulacji zębów.
Brekhus. Zęby z żywą miazgą jako filary mostkowe.

Nr. 11.

Bjerrum, O leczeniu ropotoku zębodołowego.
Hubmann. O znieczulaniu drugiej gałęzi nerwu trójdzielnego.

Nr. 12.

Krtstiansen. Wartość funkcjonalna dostawek mostkowych.
Wessler. Historja uśpienia.

DEUTSCHE MONATSSCHRIFT FÜR ZAHNHEILKUNDE. XLIII. 1925.

Nr. 1.

Rohrer. Pochodzenie nabłonka torbieli korzeniowych.
Riha. O zakażeniu ustnem.
Schröder. O nowych zgryzadłach.

Nr. 2.

Laband. Stężenie jonów wodorowych.
Türkheim. Stężenie jonów wodorowych w ślinie.
Hammer. Tutokaina.

Nr. 3.

Radmann. Cementy krzemianowe.

Nr. 4.

Grunert. O leczeniu zębów zatrzymanych.

Nr. 5.

Luniatschek. „Walter Bruck". 25-letni jubileusz.

Proell. Niepowodzenia po odcięciu wierzcholka korzenia.

Nr. 6.

Blanke. Jama ustna przy nagminnem zapaleniu mózgu.

Nr. 7.

Kaftan. Epidermolysis hereditaria bullosa.
Seifert. Micrognathia.
Meyer. Przestrzenie międzykulkowe.
Luniatschek. Tutokaina.
Ziebe. Obniżenie trzonowców.
Balters. Dwa nowe artykulatory.

Nr. 8.

Balters. Zapalenie szpiku kostnego szczęk u dzieci.
Weber. Histogeneza cementu.

Nr. 9.

Balters. Zapalenie szpiku kostnego (dok.).
Weber. Anatomja porównawcza trzonowców zająca i świnki morskiej.
Landsberger. Czy wzrost wyrostka zębodołowego jest ograniczony?

Nr. 10.

Wilhelm Herrenknecht.
Blessing. Rozwój znieczulenia miejecowego w dentystyce.
Adrion, Hönig. Znieczulenie przewodzeniowe nerwu szczękowego.
Wannemacher. Gips jako mterjał odciskowy.
Schnizer. O przebiegu pryzmatów szkliwa.
Blessing. O leczeniu wapniowem.

Nr. 11.

Loos. Leczenie chirurgiczne przyzębic (paradentosis).
Michelsen. O nerwobolu twarzowym.
Pflüger. Zmiany zębów przy kile wrodzonej.
Haber, Stosunek ropotoku do cisnienia zgryzowego.

Nr. 12.

Weber. Histologja miazgi amputowanej.
Markuse. Wyrób zębów porcelanowych.
Wannemacher. O namiastuach złota.
Hauptmayer. Jak powstaje dostawka stalowa.
Chrlein. Kamillosan w praktyce dentyst.
Chrlein. O odlewach złotych.
Faber. Lamele szkliwa.

DIE FORTSCHRITTE DER ZAHNHEILKUNDE. I. 1925.

Nr. 1.

Weber. Anatomja.
Fischer. Znieczulanie miejscowe.
Hauberrisser. Uśpienie.
Axhausen. Chirurgja ogólna.

Nr. 2.

Gins. Biologja, bakterjologja, serologja.
Türkheim. Badanie próchnicy.
Praeger. Choroby miazgi.
Feiler. Choroby ozębnej.

Nr. 3.

Weber. Antropologja.
Chrlein. Historja rozwoju i histogeneza.
Kantorowicz, Korkhaus. Etjologja nieprawidłowości ortodontycznych.
Herbst. Diagnostyka ortodontyczna.

Nr. 4.

Grünberg, Oppenheim. Leczenie ortodontyczne.
Meder, Reichenbach. Zabiegi ortodontyczne celem usunięcia błędów mowy.
Kadner. Błędy w ortodoncji.
Sicher. Histologja.

Nr. 5.

Fischer. Patologja ogólna i anatomja patologiczna.
Siegmund. Histologja patologiczna.
Zilkens. Histologja patologiczna zębów.
Kranz. Wydzielanie wewnętrzne.
Reinmöller M. Nauka o narzędziach, aseptyka, antyseptyka.

Nr. 6.

Williger. Szczegółowa patologja jamy ustnej.
Axhausen. Patologja i terapja stawu żuchwowego.
Moral. Chirurgiczna djagnostyka i terapja jamy ustnej.
Moschner. Kliniczne metody badania.

L'ODONTOLOGIE. XLV. 1925.

Nr. 1.

Roy. O wyłyżeczkowaniu szczytowem.
Guisez. Dostawki zębowe w przełyku i górnych drogach oddechowych. Ich wyjęcie zapomocą broncho-ezofagoskopji.

Nr. 2.

Huet. O świdrach dentystycznych.
Delater. Powikłania ognisk okołowierzchołkowych.
Chenet. O protetyce stomatologicznej.
Schweitzer. Zapalenie ozębnej po arszeniku.

(c. d. n.).

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. A. CIESZYŃSKI.**

ZESTAWIENIE PATENTÓW UDZIELONYCH PRZEZ URZĄD PATENTOWY RZPLTEJ POLSKIEJ

podane przez rzecznika patentowego inż. Hermana Sokala, Biała, pl. Ratuszowy 9. Adres dla listów: Bielsko, skrzynka pocztowa 101.

1970. Compagnie du Gaz Clayton (Paryż, Francja). Udoskonalony sposób i przyrząd do zabiegów dezynfekcyjnych.

1905. Dyonizy Popławski (Warszawa, Polska). Dezynfektor parowo-powietrzny.

1991. Friedrich Grossmann (Budapeszt, Węgry). Środek dezynfekcyjny.